



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

## การประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2560

ก้าวไปด้วยกัน : ความเป็นเลิศเพื่อมวลชน  
*Moving together: The best for the most*



Determination for the Nation  
Moving Together  
Specialist

วันที่ 20-22 กันยายน 2560 ณ โรงแรมเรื่อรัชภา จังหวัดตรัง

## คำนำ

การประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2560 จัดขึ้นภายใต้แนวคิด “Moving together: The best for the most” “ก้าวไปด้วยกัน: ความเป็นเลิศเพื่อมวลชน” ระหว่างวันที่ 20-22 กันยายน 2560 ณ โรงแรมเรือรักษา อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการแพทย์ และตอบสนองนโยบายรัฐบาลที่จะให้ประเทศไทยก้าวไปสู่ Thailand 4.0 ซึ่งชาวกรมการแพทย์พร้อมที่จะก้าวไปด้วยกันในการร่วมกันพัฒนา และขับเคลื่อนงานวิชาการด้านการแพทย์ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ และถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการแพทย์ลงสู่พื้นที่เขตสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยการจัดประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นความร่วมมือกันระหว่างสำนักวิชาการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสำนักนิเทศระบบการแพทย์

หนังสือประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2560 เล่มนี้ จึงจัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลหลักฐานทางวิชาการแพทย์ที่มีทั้งบทความเด่น ผลงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ และหน่วยงานภายนอกกรมการแพทย์ ที่ให้ความสนใจส่งผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และนวัตกรรมทางการแพทย์ เข้าร่วมทั้งการนำเสนอประเภทวาจาและประเภทโปสเตอร์ โดยการนำเสนอผลงานต่าง ๆ ในภาพรวมแบ่งเป็น ประเภทวาจาจำนวน 36 เรื่อง และประเภทโปสเตอร์จำนวน 51 เรื่อง ซึ่งทั้งหมดเป็นผลงานที่มีคุณค่า เป็นหลักฐานทางวิชาการแพทย์ที่สำคัญ เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข หวังว่าผู้อ่านจะได้รับความรู้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ในงานด้านการแพทย์ และสาธารณสุข

ขอขอบคุณผู้บริหารหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ คณะทำงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2560 ครั้งนี้ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ วิทยากรจากภายในและภายนอกสังกัดกรมการแพทย์ ที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการแพทย์ และสาธารณสุข ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ได้ร่วมกันสร้างสรรค์ผลงานวิชาการด้านการแพทย์ และสร้างผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี กรมการแพทย์จึงได้ร่วมเป็นพลังหนึ่งที่จะขับเคลื่อนงานวิชาการด้านการแพทย์ จากกรมการแพทย์ 4.0 ไปสู่ความสำเร็จในการเป็น Thailand 4.0 ให้ได้ต่อไป



(นายแพทย์อิทธิพล โตพันธานนท์)  
อธิบดีกรมการแพทย์

กำหนดการประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2560  
MOVING TOGETHER: THE BEST FOR THE MOST (ก้าวไปด้วยกัน: ความเป็นเลิศเพื่อมวลชน)  
ระหว่างวันที่ 20 – 22 กันยายน 2560 ณ โรงแรมเรือรัฐสภา อ.เมือง จ.ตรัง

| วันที่ 20 กันยายน 2560 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เวลา                   | ห้องนศราแกรนด์บอลรูม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 08.00 - 09.00 น.       | ลงทะเบียน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 09.00 - 10.00 น.       | พิธีเปิดและปาฐกถา หัวข้อ “ค่านิยมกรมการแพทย์: การสนับสนุนเขตสุขภาพ”<br>โดย อธิบดีกรมการแพทย์<br>ผู้กล่าวรายงาน: พญ.จิตสุตา บัวขาว ที่ปรึกษากกรมการแพทย์และผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 10.00 - 11.00 น.       | อภิปรายหัวข้อ “การแพทย์และสาธารณสุขไทย 4.0”<br>วิทยากร: รองอธิบดีกรมการแพทย์<br>- ODS & MIS (นพ.ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล)<br>- Drug Abuse 4.0 (นพ.ภาสกร ชัยวานิชศิริ)<br>- Smart intermediate care (นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์)<br>ผู้ดำเนินรายการ: นพ.สมภพ แสงกิตติไพบูลย์ ที่ปรึกษากกรมการแพทย์                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 11.00 - 12.00 น.       | อภิปรายหัวข้อ “ทิศทางการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทย 4.0: การจัดการข้อมูลวิจัยด้านมะเร็งศีรษะและคอ”<br>วิทยากร:<br>• นพ.สมภพ แสงกิตติไพบูลย์ ที่ปรึกษากกรมการแพทย์<br>• พญ.สมจินต์ จินดาวิจักษ์ณ์ โรงพยาบาลราชวิถี<br>• ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์<br>ผู้ดำเนินรายการ: นพ.สุรศักดิ์ อำมาตย์โยธิน สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 12.00 - 13.00 น.       | รับประทานอาหารกลางวัน ณ ห้องปะการัง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                        | ห้องนศรบอลรูม 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | บริเวณหน้าห้องประชุมชั้น 3                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 13.00 - 16.00 น.       | การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง<br>(หลักสูตรพื้นฐาน 3 วัน)<br><br>หัวข้อ Concept Principle and Health care system in palliative care Comprehensive Pain assessment in palliative care<br>วิทยากร: พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์<br>สถาบันมะเร็งแห่งชาติ                                                                                                                                      | นำเสนอผลงานวิจัยประเภท<br>โปสเตอร์ 1<br><br>วิทยากร:<br>• นพ.สมภพ แสงกิตติไพบูลย์<br>ที่ปรึกษากกรมการแพทย์<br>• นพ.สมชาย ณะสิทธิชัย<br>สถาบันมะเร็งแห่งชาติ<br>• นางอรุณี ไทยะกุล<br>สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี<br>ทางการแพทย์ | นำเสนอผลงานวิจัยประเภท<br>โปสเตอร์ 2<br><br>วิทยากร:<br>• ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ<br>สถาบันวิจัยและประเมิน<br>เทคโนโลยีทางการแพทย์<br>• นพ.สุรศักดิ์ อำมาตย์โยธิน<br>สถาบันวิจัยและประเมิน<br>เทคโนโลยีทางการแพทย์<br>• นพ.ชนะรัตน์ อัมสุวรรณศรี<br>สถาบันวิจัยและประเมิน<br>เทคโนโลยีทางการแพทย์ |
| 16.00 - 17.00 น.       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 18.00 - 20.30 น.       | รับประทานอาหารเย็น ณ ห้องปะการัง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

กำหนดการประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2560 (ต่อ)

วันที่ 21 กันยายน 2560 (แยกห้องย่อย)

| ห้องประชุม<br>เวลา | ห้องนศรaborum 1                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ห้องนศรaborum 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ห้องนศรินทร์ 2                                                                                                                                                                                                                                                  | ห้องนศรินทร์ 1                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.00 - 09.00 น.   | การอบรมหลักสูตรการดูแล<br>ผู้ป่วยแบบประคับประคอง<br>(ต่อเนื่องวันที่ 2)<br>หัวข้อ Living will &<br>palliative care : ethical<br>and legal issues<br>วิทยากร: อ. ไพศาล ลิ้มสถิตย์                                                                                                                          | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -                                                                                                                                                                                                                                                               | -                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 09.00 - 10.00 น.   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | หัวข้อ Digital Health:<br>Digital Hospital<br>วิทยากร:<br>• นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช<br>รองอธิบดีกรมการแพทย์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | นำเสนอผลงานวิจัย<br>วิทยากร:<br>• รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนัยม<br>มหาวิทยาลัยขอนแก่น<br>• รศ.ดร.นิตย ทัศนัยม<br>มหาวิทยาลัยขอนแก่น<br>• นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล<br>สถาบันประสาทวิทยา<br>• นพ.สุรศักดิ์ อำมาตย์โยธิน<br>สถาบันวิจัยและประเมิน<br>เทคโนโลยีทางการแพทย์ | นำเสนอผลงาน<br>ประเมินเทคโนโลยี<br>ทางการแพทย์<br>วิทยากร:<br>• นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์<br>ที่ปรึกษางานวิชาการและงาน<br>ยุทธศาสตร์ทางการแพทย์<br>• ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ<br>สถาบันวิจัยและประเมิน<br>เทคโนโลยีทางการแพทย์<br>• นพ.ภูพิงค์ เอกะวิภาต<br>สถาบันประสาทวิทยา |
| 10.00 - 10.30 น.   | การอบรมหลักสูตรการดูแล<br>ผู้ป่วยแบบประคับประคอง<br>(ต่อเนื่องวันที่ 2)<br>หัวข้อ Palliative<br>assessment and tools<br>Symptoms management<br>Management of symptoms<br>at last hours of life<br>วิทยากร:<br>• นพ.กรเอก มั่นวานิช<br>โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<br>• พว.กรรณิกา กันรัตน์<br>โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | <b>“Best practice เขตสุขภาพ”</b><br>1. “จาก SHEC สู่ AYECS การ<br>พัฒนาคุณภาพ”<br>2. “การพัฒนารูปแบบการดูแล<br>ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ<br>ประคับประคองสู่ความเป็นเลิศ”<br>3. “หน่วยบริการจัดการข้อมูล<br>การบาดเจ็บและภาวะฉุกเฉิน”<br>4. “การพัฒนารูปแบบการดูแล<br>ผู้ป่วยระยะสุดท้าย”<br>วิทยากร:<br>• นายสุรัตน์ สุขสว่าง<br>สสจ.อยุธยา<br>• นายสมบูรณ์ แนนม่น<br>รพ.สต.โคกหล่าม<br>• นางนิศาชล นุ่มมีชัย<br>รพ.ชลบุรี<br>• นางกุลวรรณ พุฒิดำรง<br>รพ.ประโคนชัย<br>ผู้ดำเนินรายการ:<br>นพ.กุลพัฒน์ วีรสาร<br>สำนักนิเทศระบบการแพทย์ |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 10.30 - 12.00 น.   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 12.00-13.00 น.     | รับประทานอาหารกลางวัน ณ ห้องปะการัง                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               |

กำหนดการประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2560 (ต่อ)

วันที่ 21 กันยายน 2560(แยกห้องย่อย) (ต่อ)

| ห้องประชุม<br>เวลา | ห้องนศรaborum 1                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ห้องนศรaborum 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ห้องนศรินทร์ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ห้องนศรินทร์ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13.00 - 14.30 น.   | <p>การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ต่อเนื่องวันที่ 2)</p> <p>หัวข้อ Communication issue in palliative care</p> <p>วิทยากร:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• พญ.พรรณทิภา ไตรประวัติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์</li> <li>• พว.ทิพย์พร สงวนทรัพย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์</li> </ul> | <p><b>“Best practice เขตสุขภาพ”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ECS”</li> <li>2. “การสร้างและการตรวจสอบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกมีน้ำหนักทารกคลื่อน้อย”</li> <li>3. “360 องศา ดูแลรักษาทางกาย ตัวเหลืองระบบเครือข่าย ”</li> <li>4. “ทะเบียนมะเร็ง พ.ศ. 2559 รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.สุพรรณบุรี</li> </ol> <p>วิทยากร:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร</li> <li>• นพ.สุตชาย อมรภิจักร์ รพ.หนองคาย</li> <li>• นางวารุณี ทับทิมทอง รพ.นครนายก</li> <li>• น.ส.จิรภา แก้วใหญ่ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร</li> </ul> <p>ผู้ดำเนินรายการ:</p> <p>นพ.ภัทรวิวัฒน์ อัดตะสาระ</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ</p>                       | <p>นำเสนอผลงานวิจัย (ต่อ)</p> <p>วิทยากร:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนนิม มหาวิทยาลัยขอนแก่น</li> <li>• รศ.ดร.นิศย์ ทัศนนิม มหาวิทยาลัยขอนแก่น</li> <li>• นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล สถาบันประสาทวิทยา</li> <li>• นพ.สุรศักดิ์ อำมาตย์โยธิน สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์</li> </ul> | <p>นำเสนอผลงานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (ต่อ)</p> <p>วิทยากร:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ ที่ปรึกษางานวิชาการและงานยุทธศาสตร์ทางการแพทย์</li> <li>• ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์</li> <li>• นพ.ภูพิงค์ เอกะวิภาต สถาบันประสาทวิทยา</li> </ul> |
| 14.30 - 16.00 น.   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>“Best practice เขตสุขภาพ”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลชะลอไตเสื่อม”</li> <li>2. “การจัดการคลินิกไตเรื้อรังเครือข่าย รพ.หนองคาย”</li> <li>3. “การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน Stroke Fast Tract และภาคี”</li> <li>4. “SDSH-RTI ( Sub District Health System Road Traffic injuries )”</li> </ol> <p>วิทยากร:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• นางสุนิรัตน์ สิงห์คำ รพ.แกดำ จ.มหาสารคาม</li> <li>• นางวันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท์ รพ.หนองคาย</li> <li>• พญ.ตุลาพร อินทนิเวศน์ รพ.ลำพูน จ.ลำพูน</li> <li>• นายอุเทน หาแก้ว สสจ.อุดรธานี</li> </ul> <p>ผู้ดำเนินรายการ:</p> <p>นพ.ภัทรวิวัฒน์ อัดตะสาระ</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 16.00 - 16.30 น.   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 16.30 - 17.00 น.   | สรุปผลงานวิชาการและของที่ระลึก ณ ห้องนำเสนอผลงาน                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 17.00 เป็นต้นไป    | พักผ่อนตามอัธยาศัย                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

หมายเหตุ เวลา 18.00 – 22.00 น. บุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์ร่วมงามแสดงมุทิตาจิตและรับประทานอาหารเย็น ณ โรงแรมธรรมรินทร์ จังหวัดตรัง

**กำหนดการประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2560 (ต่อ)**

| วันที่ 22 กันยายน 2560 (แยกห้องย่อย) |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ห้องประชุม<br>เวลา                   | ห้องนศรaborum 1                                                                                                                                                                                               | ห้องนศรaborum 2                                                                                                                                                                                                                           | ห้องนศรินทร์ 1                                                                                                                                                                                                                                                  | ห้องนศรินทร์ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 08.00 - 09.00 น.                     | การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วย<br>แบบประคับประคอง<br>(ต่อเนื่องวันที่ 3)<br>หัวข้อ Palliative care<br>emergency<br>วิทยากร:<br>• พญ.ฟ้าใส ภักดีกมล<br>รพ.มะเร็งสุราษฎร์ธานี                                    | -                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 09.00 - 10.00 น.                     |                                                                                                                                                                                                               | การถ่ายทอดองค์ความรู้<br>ทางการแพทย์สู่เขตสุขภาพ<br>หัวข้อ “การดูแลรักษาโรค<br>ไข้เลือดออกในเด็กและผู้ใหญ่”<br>วิทยากร:<br>• ศ.คลินิก พญ.ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ<br>• นพ.พจน์ อินทลาภพร<br>โรงพยาบาลราชวิถี                                    | การถ่ายทอดองค์ความรู้ทาง<br>การแพทย์สู่เขตสุขภาพ<br>หัวข้อ Preterm labor:<br>prevention and management<br>& Premature neonate:<br>postnatal care<br>วิทยากร:<br>• นท.นพ.ประพนธ์ จารุยาวงค์<br>โรงพยาบาลราชวิถี<br>• นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช<br>สถาบันสุขภาพเด็กฯ | อบรม Service Plan<br>สาขาตา (หลักสูตร 1 วัน)<br>หัวข้อ “การคัดกรองโรคตา<br>เบื้องต้น”<br>วิทยากร:<br>นางบุษราคัม วิรุบุตร<br>รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 10.00 - 12.00 น.                     | การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วย<br>แบบประคับประคอง<br>(ต่อเนื่องวันที่ 3)<br>หัวข้อ Pain assessment,<br>documentation & role of nurse<br>in pain management<br>วิทยากร:<br>• ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร      |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 | อบรม Service Plan<br>สาขาตา (หลักสูตร 1 วัน)<br>หัวข้อ “เรื่องโรคตาที่พบบ่อย<br>ในผู้สูงอายุและอุบัติเหตุ<br>ทางตา”<br>วิทยากร:<br>พญ.สุพัตรา จามรสวรรณ<br>รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 13.00 - 16.00 น.                     | การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วย<br>แบบประคับประคอง<br>(ต่อเนื่องวันที่ 3)<br>หัวข้อ Imminent death and<br>care for the dying Loss, grief<br>& bereavement care<br>วิทยากร: อ.สุรีย์ สัมมงคล<br>โรงพยาบาลศิริราช | การถ่ายทอดองค์ความรู้<br>ทางการแพทย์สู่เขตสุขภาพ<br>หัวข้อ “การดูแลรักษาวันโรคต้อตา”<br>วิทยากร:<br>• รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์<br>• นพ.เจริญ ชูโชติถาวร<br>สถาบันโรคทรวงอก<br>• พญ.จริยา แสงสัจจา<br>ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร | -                                                                                                                                                                                                                                                               | อบรม Service Plan<br>สาขาตา (หลักสูตร 1 วัน)<br>บรรยายและแบ่งฐานฝึกปฏิบัติ<br>เรื่อง การคัดกรองโรคตา<br>เบื้องต้น<br>วิทยากร:<br>• พญ.สุพัตรา จามรสวรรณ<br>รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)<br>• นางบุบผา สุวรรณฉัตร<br>รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)<br>• นางบุษราคัม วิรุบุตร<br>รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)<br>• นางสาวลักขณ์ คุณทวี<br>รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)<br>• นางโชติมา วีระพงศ์<br>รพ.ตรัง<br>• นางทิพย์รัตน์ ขวัญนิมิตร<br>รพ.ตรัง |
| 15.00 - 16.00 น.                     | พิธีมอบเกียรติบัตรผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (หลักสูตรพื้นฐาน 3 วัน)                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**\*\*หมายเหตุ** 1. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา 10.30 น. และ 14.30 น.

2. กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

3. การอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (หลักสูตรพื้นฐาน 3 วัน) มีหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาล  
ศาสตร์ (CNEU) 15.5 หน่วยคะแนน

| เรื่อง                                                                                                                                              | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ค่านิยมกรรมการแพทย์                                                                                                                                 | 1    |
| DMS and THAILAND 4.0                                                                                                                                | 3    |
| Drug Abuse 4.0                                                                                                                                      | 5    |
| One Day Surgery and Minimally Invasive Surgery                                                                                                      | 6    |
| Digital Health: Digital Hospital                                                                                                                    | 16   |
| Smart Intermediate Care                                                                                                                             | 23   |
| <b>Poster Presentation</b>                                                                                                                          |      |
| ผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองในการฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย                                                                                      | 33   |
| อุปกรณ์ตรวจสอบพื้นที่ของลำรังสีเอ็กซ์ Version 2                                                                                                     | 35   |
| Ambulance Med Kit                                                                                                                                   | 38   |
| ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกประวัติการฝึกอบรมของบุคลากร รพ.บันนังสตา                                                                                | 40   |
| ผลของการขาดวิตามินดีกับการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม                                                                                              | 42   |
| โรคอ้วนกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหลังหมดประจำเดือน                                                                            | 44   |
| ประสิทธิภาพของสมุนไพรตำรับตรีผลาในยับยั้งการสร้างเส้นเลือดใหม่                                                                                      | 46   |
| การคัดแยกเชื้อแบคทีเรีย Helicobacter pylori ในห้องปฏิบัติการจากสิ่งส่งตรวจชิ้นเนื้อกระเพาะอาหารของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ   | 48   |
| การศึกษาการแสดงออกของยีน Dihydropyrimidine Dehydrogenase และ Thymidylate Synthase ต่อยา 5 Fluorouracil ในเนื้อเยื่อพังพาราฟินของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม | 50   |
| ประสิทธิภาพของสารสกัดและสารกลุ่มอัลคาลอยด์จากสมุนไพรหมื่นในการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งตับและกลไกการออกฤทธิ์ผ่านขบวนการอะพอพโทซิส               | 51   |
| ประสิทธิภาพของสมุนไพรตำรับตรีผลาในการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านม                                                                            | 53   |
| การจัดทำฐานข้อมูลเนื้อเยื่อและตัวอย่างส่งตรวจเพื่อสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็ง                                                                         | 55   |
| ประสิทธิภาพของสารสกัดด้วยน้ำจากใบมะรุ้มต่อการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านม และยับยั้งขบวนการสร้างเซลล์ไขมัน                                   | 56   |
| พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและสุขภาพของผู้ที่มาใช้บริการที่คลินิกเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ                     | 58   |
| พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ที่มารับบริการตรวจเต้านมที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ                                                                        | 60   |
| ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดที่ใส่สายระบายทรวงอก (Intercostal Chest Drainage)                                   | 61   |
| แนวทางการทำการเดินทดสอบ 6 นาที (6MWT) ที่เป็นมาตรฐานของสถาบันโรคทรวงอก                                                                              | 63   |
| ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อ Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem                                                               | 65   |
| การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมชิ้นเนื้อไขมันด้วยน้ำยาเคมีแบบไม่ใช้โซลิน                                                                         | 68   |
| การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวาร์ฟารินในผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี                                                    | 70   |
| แนวโน้มการวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถี ระยะเวลา 5 ปี                                                                                                     | 73   |

| เรื่อง                                                                                                                                                                        | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Poster Presentation</b>                                                                                                                                                    |      |
| การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กับผลการดำเนินชีวิตและสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี                                                                                             | 75   |
| พัฒนาระบบการประเมินแผลเรื้อรังและการเลือกใช้วัสดุปิดแผล Advanced wound dressing                                                                                               | 77   |
| การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ZEMS)ในเขตบริการโซน6 กรุงเทพมหานคร                                                                                        | 79   |
| ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี                                                                                          | 81   |
| การเปลี่ยนแปลงของ Sagittal Alignment ภายหลังการผ่าตัด Lumbosacral Pedicle Screws                                                                                              | 83   |
| พัฒนาเครือข่ายผู้ติดเชื้อรานิรนามโดยใช้หลักการ 12 ขั้นตอน 12 ธรรมเนียมข้อปฏิบัติ ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น                                                                 | 85   |
| ผลการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยการใช้ยาแบบ Symptom triggered regimen ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราระดับปานกลางขึ้นไปที่ได้รับการประเมินและให้ยาด้วยตารางเวลา ความถี่ที่แตกต่างกัน | 87   |
| ประสิทธิผลของกลุ่มการให้ปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดปะพฤติกรรมการที่มีต่อทัศนคติต่อยาบ้าของสมาชิกชุมชนบำบัด                                                           | 89   |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในตึกบำบัด โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน                                                                        | 91   |
| การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน ในกลุ่มผู้ป่วยยาบ้า                                                                           | 93   |
| การเปรียบเทียบประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่ระหว่างการใช้น้ำยาตามอดบุหรี่ หมายกรฝรั่งนิโคติน ยาแวนนิลลิน และยานอร์ทริปไทลีนในผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน  | 95   |
| พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดแม่ฮ่องสอน                                                                                       | 97   |
| ศึกษาความต้องการและความพึงพอใจในการรับบริการ ของผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด ที่ผ่านการบำบัดระยะแรกกับชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน                                                | 99   |
| ผลของกิจกรรมอาชีพบำบัดต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี                                                                                         | 101  |
| Association between ERCC1 Gene Polymorphisms and Breast Cancer Risk in Thai Women in the Lower Northeastern Region.                                                           | 103  |
| การเกิดไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลลำปาง                                                                                                                | 105  |
| การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Contrast-induced Nephrotoxicity (CCIN) ในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) กลุ่มงานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง      | 106  |
| คุณภาพของภาพจากการพัฒนาแนวทางการถ่ายภาพทางรังสีตรวจสอบความถูกต้องก่อนการฉายรังสีบริเวณเต้านม                                                                                  | 108  |
| ปัจจัยการจัดเตรียมเวชระเบียนนัดไม่ครบถ้วน                                                                                                                                     | 110  |

| เรื่อง                                                                                                                                                                      | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Poster Presentation</b>                                                                                                                                                  |      |
| ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งก่อนรับรังสีรักษาโรงพยาบาลมะเร็ง<br>สุราษฎร์ธานี                                                                           | 112  |
| การศึกษานำร่องเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าพารามิเตอร์การเดินในรองเท้า<br>3 รูปแบบ ที่ใช้ร่วมกับ Rigid AFO ในคนปกติ                                              | 113  |
| ผลการรักษาด้วยธาราบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม                                                                                                                      | 115  |
| การพัฒนาการเตรียมยา 10 % urea in 0.05 % betamethasone valerate cream                                                                                                        | 117  |
| พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับโคลินเอสเตอเรสของพนักงานฝ่ายสวนในบริษัท<br>ปาล์มน้ำมัน จ.กระบี่                                                                   | 119  |
| ผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอายุครรภ์หญิง<br>โรงพยาบาลสตูล                                                                       | 121  |
| ผลลัพธ์หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็ก ก่อนและหลังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตาม SBB's<br>technique หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูล                                          | 123  |
| ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ต่อการเลื่อนหลุดของท่อ<br>ช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก หน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูล | 125  |
| ผลการปฏิบัติตาม HOSFC nursing care ต่ออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วย<br>หายใจ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูล                                         | 127  |
| การดำเนินงาน Medication Reconciliation ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระแสง                                                                                                           | 129  |
| หญิงตั้งครรภ์รายรุ่นที่ไม่พึงประสงค์กับบทบาทพยาบาลผู้ดูแลโรงพยาบาลปัตตานี                                                                                                   | 132  |
| <b>Oral presentation (Nakarin room 1)</b>                                                                                                                                   |      |
| ประสิทธิผลของการนั่งบนเบาะรองนั่งแบบเข้ารูปในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง: การทบทวนอย่าง<br>เป็นระบบ                                                                             | 134  |
| การวิเคราะห์ปริมาณรังสีในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารด้วยเทคนิคการฉายรังสีปรับความ<br>เข้มเปรียบเทียบกับปริมาณรังสีสามมิติ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ                         | 135  |
| รูปแบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยต่อการส่งเสริมพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่: การทบทวนอย่าง<br>เป็นระบบ                                                                                 | 137  |
| แบบจำลองเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อช่วยในการตัดสินใจประเมินความคุ้มค่าของทางเลือกในการดูแล<br>สุขภาพต่างๆ ในประชากรผู้สูงอายุกลุ่มที่พำนักอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ                | 139  |
| การวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหาภัยพิบัติ: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษและประเทศ<br>สหรัฐอเมริกา                                                                              | 141  |
| ประสิทธิผลการออกกำลังกายแบบแรงต้านในผู้สูงอายุภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย: การทบทวนอย่าง<br>เป็นระบบ                                                                              | 143  |
| ต้นทุนประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอโดยเครื่องมือ Ligasure vessel sealing<br>system จากมุมมองของผู้ให้บริการ                                                 | 144  |
| ต้นทุนประสิทธิผลของการผ่าตัดกระดูกต้นคอด้วยวิธี Expandable Corpectomy Device เปรียบเทียบกับการผ่าตัดกระดูก<br>ต้นคอ                                                         | 146  |

| เรื่อง                                                                                                                                                      | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Oral presentation (Nakarin room 1)</b>                                                                                                                   |      |
| การวิเคราะห์ต้นทุนเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้าแรงสูง (MRI 3T) ระหว่างการลงทุน<br>โดยสถาบันประสาทวิทยาและเอกชนลงทุน                                              | 147  |
| How to Establish Universal Newborn Hearing Screening, 4 years of experience in<br>Trang                                                                     | 149  |
| ประสิทธิผลของการรักษาด้วยแกมมาไนฟ์ (Gamma knife) ในผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง:<br>การทบทวนอย่างเป็นระบบ                                                          | 151  |
| การเปรียบเทียบประสิทธิผลการป้องกันภาวะกรามติด (Trismus) ระหว่างการบริหารขากรรไกร<br>ด้วยวิธีพลัดและวิธีผสมผสานในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษา | 153  |
| การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ของ<br>โรงพยาบาลราชวิถี                                                         | 154  |
| ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์<br>อุดรธานี                                                                  | 155  |
| การศึกษาศถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ                                                                               | 157  |
| ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงในหน่วยงาน<br>อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี                    | 159  |
| ผลของการใช้แนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดแบบใหม่ต่อการเกิดภาวะ Extravasation<br>ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด                                         | 161  |
| การพัฒนาระบบคัดกรองตามมาตรฐานของ Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงาน<br>อุบัติเหตุและฉุกเฉิน                                                          | 163  |
| <b>Oral presentation (Nakarin room 2)</b>                                                                                                                   |      |
| การพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์: กรณีการตรวจสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเชิงรุกสู่ชุมชน ใน<br>คลินิกหมอครอบครัว ณ อำเภอเมืองสงขลา                                  | 165  |
| การศึกษาความรู้ เจตคติต่อการทำงานต่อสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด<br>ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี    | 167  |
| จิตวิญญาณที่เติบโต                                                                                                                                          | 169  |
| เกณฑ์การตรวจยืนยัน Immature granulocyte ด้วย Blood smear: โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี                                                                             | 171  |
| ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของประชาชน ใน<br>พื้นที่จังหวัดลำปาง                                                     | 172  |
| Phage therapy for breast cancer                                                                                                                             | 174  |
| การคงสภาพขึ้นเนื้อเยื่อเต้านมด้วยฟอร์มาลิน 2 อุณหภูมิ                                                                                                       | 176  |
| ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาล ธัญญารักษ์<br>ปัตตานี และโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพที่ 12                     | 178  |
| บุคลิกภาพของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามการรับรู้ของพยาบาล และความคาดหวังของ<br>ผู้บริหารและผู้ป่วยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้                              | 180  |

| เรื่อง                                                                                                 | หน้า |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Oral presentation (Nakarin room 2)</b>                                                              |      |
| อุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซในห้องผ่าตัด                                                                       | 182  |
| อุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลประสาท<br>เชียงใหม่             | 185  |
| คุณภาพบริการการให้บริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบันนังสตา                                                 | 187  |
| ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ใน<br>ประเทศไทย | 189  |
| Smart Dispensing Program                                                                               | 191  |
| ความสัมพันธ์ระหว่างความกว้างของเหงือกที่มีเคอราทิน กับสภาวะสุขภาพของเนื้อเยื่อที่รองรับ<br>รากฟันเทียม | 193  |
| EVD Innovation Surgical Men I LSH: 2017                                                                | 195  |
| ผลการประคบด้วยเยลแช่เย็นต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยระยะท้าย                                           | 197  |
| ผลการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเครือข่ายบริการสุขภาพศรีนครินทร์ สู่ความปลอดภัย<br>และลดต้นทุน    | 199  |
| <b>Best Practice of Area Health</b>                                                                    |      |
| จาก SHEC สู่ AYECS® การพัฒนา ECS คุณภาพ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา                                         | 201  |
| หน่วยบริหารจัดการข้อมูลการบาดเจ็บ และภาวะฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรี                                        | 205  |
| ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ECS (Emergency Care System)                                                  | 209  |
| SDHS-RTI (Sub District Health System-Road traffic injuries)                                            | 212  |
| 360 องศา ดูแลรักษาทางรถตู้เหลืองระบบเครือข่าย                                                          | 216  |
| ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จ.สุพรรณบุรี                          | 221  |
| การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์                  | 224  |
| การสร้างและการตรวจสอบแบบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มี<br>น้ำหนักแรกคลอดน้อย | 227  |
| การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลชะลอไตเสื่อม                             | 231  |
| การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสู่ความเป็นเลิศ                                  | 234  |
| ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน stroke fast track<br>และภาคีเครือข่ายใน จ.ลำพูน      | 236  |
| การจัดการคลินิกไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดหนองคาย                                                       | 238  |



# ร่วมขับเคลื่อน ค่านิยม

## กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



Moving together: The best for the most

# ร่วมขับเคลื่อน ค่านิยม ของเรา ให้เป็นจริง



กระทรวงสาธารณสุข  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



M

O

P

H

D

M

S

**Mastery : เป็นนายตนเอง**  
หมั่นฝึกตนเองให้มีศักยภาพ ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎหมาย  
บนพื้นฐานของการมีสำนึกอันดีต่อคุณธรรม และจริยธรรม

**Originality : เองสร้างสิ่งใหม่**  
สร้างสรรค์นวัตกรรม/สิ่งใหม่ ๆ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ  
เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

**People Centered : ใส่ใจประชาชน**  
ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน เพื่อประโยชน์อันดีแก่ประชาชน  
โดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง”

**Humility : ถ่อมตนอ่อนน้อม**  
มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย อดพองพองเห็น เลี่ยงละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม

**Determination For The Nation : พร้อมนำระดับชาติ**  
กำหนดทิศทางการแพทย์ที่สมคุณค่าของประเทศ

**Moving Together : ลามาารถไปด้วยกัน**  
พัฒนาเพื่อยกระดับการแพทย์ของประเทศให้มีความเสมอภาค

**Specialist : มุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ**  
ผู้ลึก ผู้จริง เป็นเลิศด้านการแพทย์เฉพาะทาง



ติดตามข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมที่ [www.dms.moph.go.th](http://www.dms.moph.go.th)






## Moving together: The best for the most กรมการแพทย์ และTHAILAND 4.0

นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์  
อธิบดีกรมการแพทย์

ระบบบริการทางการแพทย์ไทยที่ผ่านมาเป็นการจัดบริการสุขภาพผ่านหน่วยบริการภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ โดยการจัดบริการของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะครอบคลุมการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยระดับบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ทั้งนี้จากข้อมูลสรุปสถิติสำคัญ 2556 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐต่อค่าใช้จ่ายรวมที่ร้อยละ 75 สูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศในกลุ่มอาเซียนรองจากบรูไน

จากอดีตสู่ปัจจุบันกรมการแพทย์ได้ให้บริการแก่ประชาชน และสังคมอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากการวางรากฐานด้านการแพทย์ของประเทศ การพัฒนาวิชาการ และการฝึกอบรม และการผลักดันงานการแพทย์ให้ ขยายครอบคลุมโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ ควบคู่กันนั้นได้ดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาล และสถาบันในสังกัด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเชี่ยวชาญ และมีความเป็นเลิศใน 7 องค์กรประกอบ นอกจากนี้ยังได้นำพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เรื่องปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร เพื่อสร้างและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ที่สมคุณค่า มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาคพร้อมกับการก้าวสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง และการเป็นองค์กรระดับชาติเทียบเคียงเป็นที่ 1 ใน 3 ของเอเชีย

รัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ตั้งเป้าหมายเปลี่ยนแปลงประเทศไทยไปสู่ “ประเทศไทย 4.0” เพื่อก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลางที่ประเทศไทยเผชิญอยู่เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ “Value-based Economy” หรือเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ทั้งนี้ กรมการแพทย์ได้ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบาย ซึ่งต้องสอดคล้องกับโมเดลขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 เพื่อนำไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศ โดยอาศัยระบบนิเวศน์ในการขับเคลื่อน จากการวิเคราะห์การดำเนินงานของกรมการแพทย์ตามหลัก Six Building Box เพื่อสนับสนุนองค์กรประกอบในการขับเคลื่อนความมั่งคั่ง (Engines of Growth) ซึ่งประกอบด้วยกลไกการขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมเพื่อการยกระดับผลิตภาพ (Productive Growth Engine) กลไกขับเคลื่อนด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้คนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม และทั่วถึง (Inclusive Growth Engine) และกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน (Green Growth Engine) ในช่วง 5 ปี กรมการแพทย์มีเป้าหมายการดำเนินการดังนี้

### 1. ระยะเวลาภายใน 1 ปี

ในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) การเข้าร่วมกับ Asean Economics Community: AEC ความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดด้วยต้นทุนต่ำที่สุด กรมการแพทย์มุ่งพัฒนาโรงพยาบาลในสังกัดมีการบริหารงานแบบ Smart Hospital เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบรักษาผ่านระบบ Digital (ระบบนัด ระบบแล็บ ระบบฟังผลการรักษา) สร้างแอปพลิเคชัน เพื่อการให้บริการและการให้ความรู้สำหรับประชาชน รวมทั้งพัฒนารูปแบบการให้ดูแลผู้สูงอายุ อาทิ Intermediate Care, Daycare ส่งเสริมให้เกิดการสร้างรายได้ให้แก่ประเทศโดยการนำศักยภาพของโรงพยาบาลซึ่งมีพร้อมแล้วมาใช้โดยการร่วมทุนกับภาคเอกชน โดยแบ่งเป็น 2 ทาง คือ 1) จากการให้บริการการแพทย์ด้วยการพัฒนาการผลิตหุ่นยนต์ดูแลผู้ป่วย การบริการคลินิกเฉพาะทางที่มีคุณภาพสูง และพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็น Medical Hub และรับการส่งต่อกรณีต้องการบริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนสูงเช่น รังสีศัลยกรรม CyberKnife ซึ่งสามารถให้รังสีขนาดสูงอย่างแม่นยำไปยังขอบเขตที่จำกัด 2) การ

### Moving together: The best for the most

ผลิตภัณฑ์กรรมการแพทย์ อาทิ เลนส์แก้วตาเทียม ตาปลอม การผลิตข้อเข่าเทียม ประสาทหูเทียม นาฬิกาเตือนน้ำตาลในเลือด ในการนี้ ได้พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อให้พร้อมต่อการพัฒนาโดยการบูรณาการงานและทรัพยากรในกรมให้สอดคล้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ การนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้เพื่อลดความผิดพลาดซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ลดการบริหารการเงินล้มเหลวโดยใช้พัฒนาการทำต้นทุนบริการ และระบบบัญชีผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อคิด Cost Effectiveness ในการลงทุน พร้อมนี้มุ่งเน้นพัฒนาทักษะบุคลากร อาทิ นักวิชาการเพื่อให้มีความสามารถอยู่ในระดับประเทศ การเตรียมความพร้อมบุคลากรเพื่อขึ้นสู่ตำแหน่งผู้บริหาร

#### 2. ระยะเวลาภายใน 3 ปี

ในปีพ.ศ. 2562 โรงพยาบาลในสังกัดกรมทุกแห่งดำเนินงานตามหลักการ GREEN & CLEAN เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมด้วยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนในองค์กรมีบริการที่สอดคล้องกับ Universal Design พัฒนานักวิชาการให้มีศักยภาพระดับนานาชาติ มีฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ทางแพทย์และสาธารณสุขช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาครัฐมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับทางสาธารณสุขเป็นฐานในการวิจัยทางการแพทย์ และการวางระบบของสิทธิ์การรักษาพยาบาล กรมต้องพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการศึกษาด้านการแพทย์ (Computer Aided Medical Education) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการพัฒนาบุคลากร เช่น ในการฝึกฝนทักษะในสถานการณ์เสมือนจริง (Medical Simulation) และเพื่อให้มี Productive Growth จึงควรจัดตั้งศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์ (DMS Medical Complex) ด้วยวิธีการร่วมทุนแบบความร่วมมือภาครัฐและเอกชน (Public Private partnership : PPP) เพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เฉพาะทางมากขึ้นของประชาชนในหลายๆ กลุ่ม โดยกรมการแพทย์ ตั้งเป้าว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาด 250-300 เตียง มีผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาของกรมการแพทย์ เช่น โรคมะเร็ง โรคระบบประสาท โรคทรวงอก และดวงตา ซึ่งจะเป็นต้นแบบของการร่วมลงทุน และการออกแบบของโรงพยาบาลต่างๆ อีกทั้งยังช่วยสร้างรายได้ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้ยังมุ่งส่งเสริมภาคเอกชน ให้สามารถจัดบริการ Long Stay for Aging: ศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีมาตรฐานทางการแพทย์ เป็นรากฐานรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศและหารายได้จากชาวต่างประเทศ

#### 3. ระยะเวลาภายใน 5 ปี

ในปี พ.ศ. 2564 จะเห็นผลของการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลให้เป็น Automated Hospital โดยมี Personal Health record เป็นศูนย์กลางของข้อมูลเชื่อมต่อเครื่องมือทางการแพทย์ และ Smart Device เพื่อจับเก็บข้อมูลและสั่งการ เช่น เครื่องจัดยาอัตโนมัติ เครื่องเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา (Personal digital Device assistance) จัดหา Computer Aided Diagnosis system เช่น เครื่องช่วยแปลผล Mammogram ที่ผ่านการรับรองในระดับนานาชาติ ตลอดจนมีระบบบัญชีและคลังพัสดุอิเล็กทรอนิกส์ คิดค้นและพัฒนา Service aided Robot เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้น จัดหาเทคโนโลยี Robotic Surgery เพื่อทำให้การผ่าตัดสะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น มีประโยชน์อย่างมากในการผ่าตัดโดยเฉพาะการผ่าตัดในที่แคบๆ และจะมีการเสียเสียน้อยกว่าเนื่องจากมีความแม่นยำที่สูงยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีความเจ็บ และความบอบซ้ำของแผลผ่าตัดน้อยกว่าแบบเดิมซึ่งมีความยุ่งยาก และเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนสูง จัดทำต้นแบบโรงพยาบาลผสมผสานแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทยที่ในการรักษาโรคที่กว้างขวางมากขึ้น พัฒนาโรงพยาบาลให้มี Healing Environment Hospital เพื่อเอื้อให้สิ่งแวดล้อมช่วยเยียวยาผู้ป่วยและส่งผลให้การรักษายาบาลมีประสิทธิภาพ เกิดบรรยากาศแห่งความสุขในโรงพยาบาล มุ่งเน้นพัฒนาทักษะบุคลากรให้ผู้บริหารมีความสามารถในระดับ Global Health และพัฒนานักวิชาการในกรมฯ ให้มีความสามารถอยู่ในระดับ World Authority & Highly Specialized Training และเพื่อให้มี Productive Growth สูงขึ้น มีการบริหารจัดการที่คล่องตัวมากขึ้นจึงพัฒนา DMS Medical Complex ไปเป็นองค์กรมหาชน

## Moving together: The best for the most

## การแพทย์และสาธารณสุขไทย 4.0: drug Abuse 4.0

นพ.ภาสกร ชัยวานิชศิริ

รองอธิบดีกรมการแพทย์

จากกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีกำหนดให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพเป็นหนึ่งเดียวไร้รอยต่อ โดยใช้ยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (P&P Excellence) ระบบบริการ (Service Excellence) การพัฒนาคน (People Excellence) และระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ซึ่งสำหรับด้านยาเสพติดคำนึงถึงผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายปี 2561 ให้ผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดฟื้นฟูไม่กลับไปเสพติดซ้ำ/ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด(Harm reduction) โดยมี 6 ยุทธศาสตร์ในการดำเนินการคือ การส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู และลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาข้อมูลและการสื่อสาร พัฒนากฎหมายและการควบคุม และพัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยมีทิศทางการดำเนินการ พัฒนาคือความเป็นเลิศด้านการแพทย์ ดังนี้ 1. การแพทย์ ด้านยาและสารเสพติด ของประเทศที่มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล (medical services excellence) ส่งผลให้ผู้เสพติดสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข 2. แพทย์และบุคลากร มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Health personal excellence) ด้านยาและสารเสพติด 3.มีการบริหารจัดการที่ดี เป็นองค์กรสมรรถนะสูง (Management excellence)

การขับเคลื่อนของ Drug Abuse 4.0 ประกอบด้วย

1. Inclusive Growth Engine ยึดหลักทำน้อยได้มาก สร้างระบบบริการบำบัดรักษาที่ทันสมัย รวดเร็ว เข้าถึงบริการได้ง่าย และเน้นเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันในทุกสาขาวิชาชีพ ยกกระดับความสามารถและเสริมทักษะศักยภาพของประชาชน/ชุมชน/สังคม ในการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน บำบัดรักษา และจนกระทั่งคืนคนดีสู่ชุมชน
2. Productivity Growth Engine การสร้างนวัตกรรมที่แตกต่างจากที่อื่นๆซึ่งนอกจากจะผลิตนวัตกรรมด้านการบำบัดรักษาแล้วยังต้องสร้างนวัตกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถยืนอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีสิทธิในการเข้ารับการบำบัดรักษาและมีทางเลือกให้กับผู้ป่วย
3. Green Growth Engine สนับสนุนให้หน่วยงานมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมสังคม และสิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจให้มีความเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อเกิดความปลอดภัย มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเพื่อให้ครอบครัว/ชุมชนมีการเรียนรู้ ทำความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นในฐานะบุคลากรสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องยึดมั่นในแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีอิสระในการเลือก ซึ่งบทบาทสำคัญของบุคลากรคือต้องให้ความรู้ สร้างภูมิคุ้มกัน และจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษา พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพ ศึกษาวิจัย และการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ เพื่อให้การแพทย์ไทยด้านยาเสพติดเป็น 1 ใน 3 ของเอเชียในปี 2560-2579

Moving together: The best for the most

## One Day Surgery & Minimally Invasive Surgery

โดย รองอธิบดีกรมการแพทย์  
(นพ.ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล)

## THAILAND 4.0

Strength from within  
Connect to the World  
Reach for Sustainable  
Development Goal

“มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

| 1.0                                               | 2.0                                      | 3.0                                                             | 4.0                       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|
| เกษตรกรรม                                         | อุตสาหกรรมเบา                            | อุตสาหกรรมหนัก                                                  | Value-based Economy       |
| Sanitation<br>Vertical Program<br>Family Planning | Primary HC<br>Approach<br>Infrastructure | Universal Health<br>Insurance Policy<br>Health Sector<br>Reform | Value-based<br>Healthcare |

Moving together: The best for the most

## FUTURE EVENTS

ความเป็น  
สังคมเมือง

สังคม  
ผู้สูงอายุ

โลกเชื่อมต่อ  
การค้าการลงทุน

การเปลี่ยนแปลง  
สภาพภูมิอากาศ

กับ  
ดัก

Inequality Trap

Middle Income Trap

Imbalance Trap

**ความเหลื่อมล้ำ**  
ของการกระจายรายได้  
ระหว่างคนจนและคนรวย

**ไม่มีกระบวนการสร้าง  
และถ่ายทอดเทคโนโลยี**  
ขาดการพัฒนาทุนมนุษย์  
ละเลยการสร้างความเข้มแข็ง  
จากภายใน อัตราการเติบโต  
ทางเศรษฐกิจ ตกลงมาอยู่ที่ระดับ  
ร้อยละ 3-4 เกือบ 20 ปี

**เน้นความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ  
แต่...**

- ละเลยการรักษาสิ่งแวดล้อม
- ละเลยการสร้างสังคมที่อยู่ดีมีสุข
- ละเลยการยกระดับภูมิปัญญาชุมชน

Inclusive  
Growth Engine

“มั่นคง”

สังคมที่เดินหน้าไปด้วยกัน

มั่งคั่งที่**กระจุก** → มั่งคั่งที่**กระจาย**

เติมเต็มศักยภาพของผู้คนในสังคม

ฟื้นความสามัคคี  
และความเป็นปึกแผ่น  
ของคนในสังคม

Moving together: The best for the most

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Productive<br/>Growth Engine</p>  <p>มั่งคั่ง</p>                                                                                           | <p>ระบบเศรษฐกิจ<br/>ที่เน้นการสร้างมูลค่า</p> <p>นวัตกรรม<br/>เทคโนโลยี<br/>ปัญญา</p> <p>“เปลี่ยนทำมากได้น้อย<br/>เป็นทำน้อยได้มาก”</p>  |
| <p>Green<br/>Growth Engine</p> <p>การรักษาสิ่งแวดล้อม</p> <p>เปลี่ยนจากการพัฒนาที่ไม่สมดุล<br/>เป็นการพัฒนาที่สมดุล</p> <p>ระบบเศรษฐกิจที่ผลิตคาร์บอนต่ำ<br/>อย่างเต็มรูปแบบ</p>                                                |  <p>“ยั่งยืน”</p>                                   |
| <p>ประเทศไทยด้านการแพทย์<br/>และการสาธารณสุข 4.0</p>   |                                                                                                                                                                                                                             |

Moving together: The best for the most



ความท้าทายต่อการเปลี่ยนแปลง  
สู่ MOPH 4.0

คนไทยเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้  
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น  
ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ  
ความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ

สังคมผู้สูงอายุ บริการปฐมภูมิไม่เข้มแข็ง  
ระบบข้อมูลขาดการเชื่อมโยง บุคลากรต้องมีนวัตกรรม

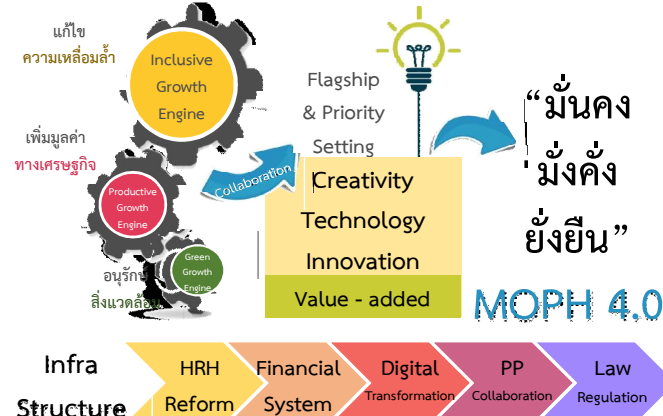
4 Excellence Strategies





GOAL  
ประชาชนสุขภาพดี  
เจ้าหน้าที่มีความสุข  
ระบบสุขภาพยั่งยืน

กลไกการขับเคลื่อนการแพทย์และสาธารณสุข



“มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”  
MOPH 4.0

Moving together: The best for the most



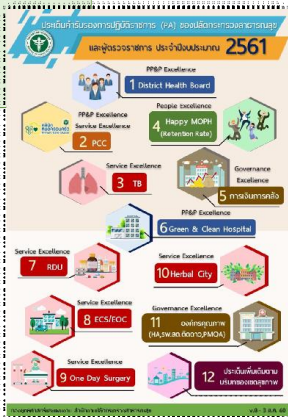
## Moving together: The best for the most

**คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๗๓๙/๒๕๖๐**

เรื่อง แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข

ประเด็น Service

ประเด็นย่อย One Day Surgery & Minimally Invasive Surgery



**แนวทางการดำเนินงาน ODS & MIS**



ประชุมร่วมราชวิทยาลัย/สมาคมการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง  
เพื่อกำหนดหลักการที่เหมาะสมในการให้บริการ



กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยการรักษากายผู้ป่วย (Patient Safety)  
ในโครงการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบ ODS และ MIS



จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงาน ODS และ MIS



มีคณะกรรมการตรวจมาตรฐานหน่วยบริการในโครงการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบ ODS และ MIS ในเขตสุขภาพ

**แนวทางการดำเนินงาน ODS & MIS**

| แนวทางการคัดเลือกหัตถการทำ ODS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | แนวทางการคัดเลือกหัตถการทำ MIS                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง</li> <li>- ไม่ต้องให้เลือด</li> </ul> <p><b>หลังผ่าตัด</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะร่างกายน้อย</li> <li>- ระดับความเจ็บปวดไม่มาก</li> <li>- ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจ</li> <li>- การดูแลหลังผ่าตัดไม่ยุ่งยากซับซ้อน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นหัตถการมาตรฐานสากล (Gold Standard)</li> <li>- มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชาชน</li> <li>- สามารถทำได้ในเขตสุขภาพ</li> <li>- มีค่าใช้จ่ายไม่สูงมากเกินไปจนความจำเป็น</li> </ul> |

Phase 1 Quick win 3 เดือน

Phase 2 ปี 2561

Phase 3 ปี 2562 เป็นต้นไป

โรคที่สามารถทำได้ในปัจจุบัน

โรคที่ควรพัฒนาให้มีการดำเนินงาน

โรคที่ดำเนินการแล้วคุ้มค่า

Moving together: The best for the most

โรคที่สามารถทำได้ในปัจจุบัน

**One Day Surgery**

- 1) Inguinal hernia, Femoral hernia
- 2) Hydrocele
- 3) Hemorrhoid
- 4) Vaginal bleeding
- 5) Esophagogastric varices
- 6) Esophageal Stricture
- 7) Esophagogastric cancer with obstruction
- 8) Colorectal polyp
- 9) Common bile duct Stone
- 10) Pancreatic duct stone
- 11) Bile duct stricture
- 12) Pancreatic duct stricture

**MIS**

- 1) Symptomatic gallstone /cholecystitis
- 2) Colorectal cancer
- 3) Lumbar disc herniation
- 4) ACL injury
- 5) Myoma uteri
- 6) Ovarian cyst

---

เกณฑ์การจ่ายชดเชย

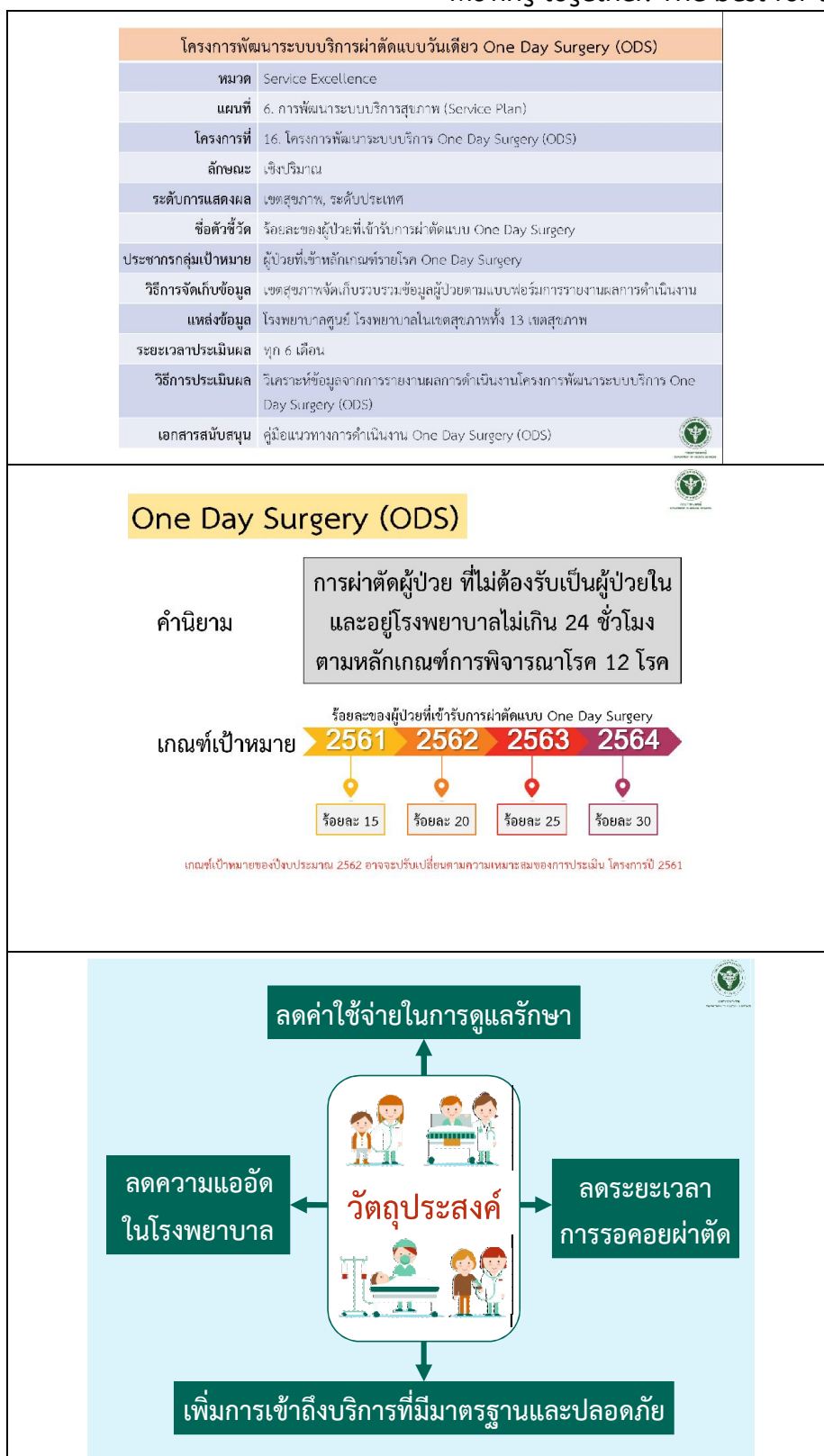
| ปัญหาในการขับเคลื่อน                                          | แนวทางการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ระบบ Reimbursement เดิม</b></p> <p>จ่ายตาม Activity</p> | <p><b>พัฒนาระบบ Reimbursement</b></p>                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>ODS</b> โรงพยาบาลขาดทุน 700 บาท/ราย</p>                 | <p>จ่ายเงินชดเชยให้หน่วยบริการที่รับการรักษาโดยคำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ซึ่งปรับตามจำนวนรายนอน (LOS=0) โดยจ่ายจากกองทุน IPD สำหรับสิทธิ UC</p> <p>สำหรับสิทธิข้าราชการและประกันสังคมจ่ายตาม RW เสมือนเป็นผู้ป่วยใน</p> |
| <p><b>MIS</b> โรงพยาบาลขาดทุน 1,000 บาท/ราย</p>               | <p>จ่ายเพิ่มเติม (Top up) 11,000 บาท/หัตถการ เพื่อเป็นค่าวัสดุผ่าตัดทางกล้อง สำหรับสิทธิ UC ส่วนประกันสังคมและสิทธิข้าราชการยังคงเดิม</p>                                                                                              |

---

**แผนงาน: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**  
**โครงการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียว**  
**One Day Surgery (ODS)**

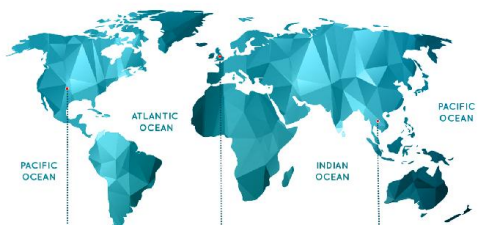
**Action Plan ระยะ 1 ปี (พ.ศ. 2561)**  
**ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข**

## Moving together: The best for the most



## Moving together: The best for the most

### ข้อมูลสถานการณ์



ในอเมริกา

ODS เป็นผู้ป่วยนอก 75%

ในอังกฤษ

ODS เป็นผู้ป่วยนอก 65%

ในประเทศไทย

ยังมีข้อจำกัดจากการ  
ขาดเครือข่ายพยาบาลที่แตกต่างกัน  
ระหว่าง OPD และ IPD

ODS เป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติ  
ว่ามีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย  
และประเทศชาติ

➔

**มาตรการ**

พัฒนาระบบการเบิกจ่าย  
ค่ารักษาพยาบาล





พัฒนาและจัดตั้ง  
**One Day Surgery Unit**

พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล  
การบริการผ่าตัดแบบวันเดียว



### 6 Building Blocks

**1. กิจกรรมที่จะให้บริการผ่าตัดแบบ ODS จำนวน 12 โรค**

|                                            |                               |
|--------------------------------------------|-------------------------------|
| 1) Inguinal hernia, Femoral hernia         | 10) Pancreatic duct stone     |
| 2) Hydrocele                               | 11) Bile duct stricture       |
| 3) Hemorrhoid                              | 12) Pancreatic duct stricture |
| 4) Vaginal bleeding                        |                               |
| 5) Esophagogastric varices                 |                               |
| 6) Esophageal Stricture                    |                               |
| 7) Esophagogastric cancer with obstruction |                               |
| 8) Colorectal polyp                        |                               |
| 9) Common bile duct Stone                  |                               |



## Moving together: The best for the most



Moving together: The best for the most

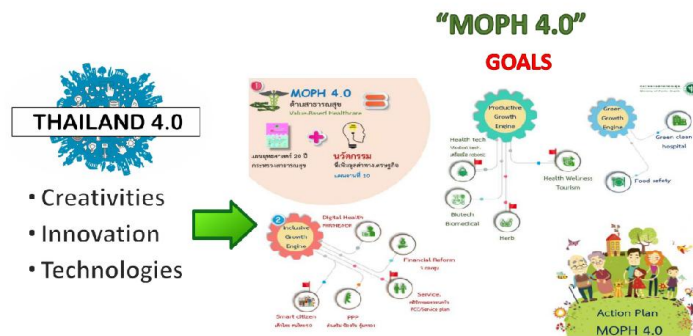
## Digital Health : Digital Hospital



นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช

รองอธิบดีกรมการแพทย์

20 กันยายน 2560



### Technologies & Trends

- IoT
- Big data Analysis
- Machine Learning
- Artificial Intelligent (AI)
- Cloud Computing
- Medical Equipment Sensors
- Robot Technology



## Moving together: The best for the most

- National Refer   
Thai refer, Refer Link, F-refer.....API
- Thai Care Cloud   
Thai COC, CKD, COPD.....
- Cancer Informatics : TCB, Canreg
- Thai ACS registry 
- Stroke Fast Tract
- VISION 2020
- Nectec Model : รพ.ภูมิพล เครือข่าย

### 2-3 Years Progression




---

### สถานการณ์ปัจจุบัน

- Programs & Application มากมาย
- Models : Can't Scale up
- ขาดการเชื่อมโยง HIS...& Other
- การใช้ประโยชน์จากข้อมูล
  - ระดับประเทศ
  - ระดับเขตบริการสุขภาพ
  - ระดับหน่วยงาน รพ. แต่ละระดับ
- การวางแผน การเชื่อมบริการ การชดเชยฯ



---



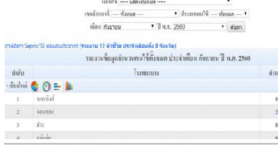
#### Sepsis & Septic shock

<http://www.sepnet1.com/main1.php>

ตัวชี้วัดกรมการแพทย์  
ระบบใช้ในเขตบริการสุขภาพที่ 1  
ดูแลระบบโดย รพ.ลำปาง









| ลำดับ | เขตบริการสุขภาพ | จำนวน     | sepsis | %    | septic shock | %    |
|-------|-----------------|-----------|--------|------|--------------|------|
| 1     | เชียงใหม่       | 1,200,000 | 4      | 0.33 | 1            | 0.08 |
| 2     | สงขลา           | 600,000   | 8      | 0.00 | 0            | 0.00 |
| 3     | ลำปาง           | 750,000   | 0      | 0.00 | 4            | 0.53 |

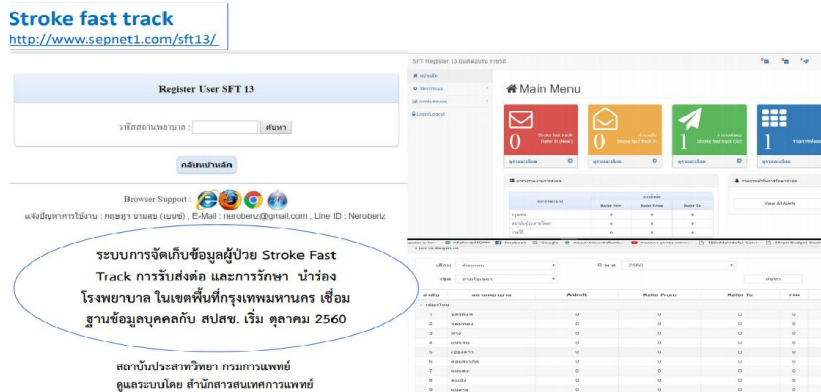
## Moving together: The best for the most



**National eye health data center**  
http://www.vision2020thailand.org/report.php

ระบบการจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองความผิดปกติของตา ในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป, เด็กนักเรียน (เด็กไทยสายตาสี)

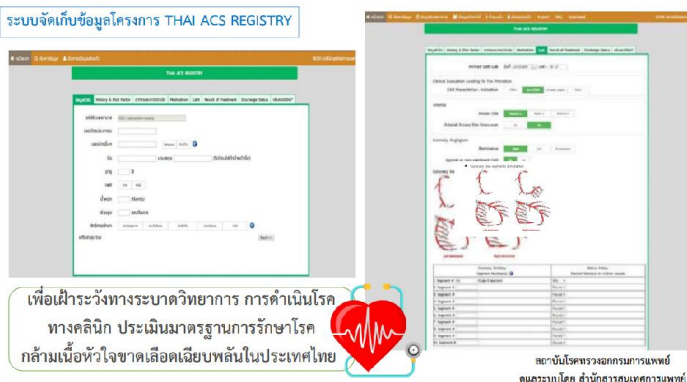
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์  
ดูแลระบบโดย รพ.เมตตาฯ รักษาราชการแทน



**Stroke fast track**  
http://www.sepnet1.com/sft13/

ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย Stroke Fast Track การรับส่งต่อ และการรักษา นวัตกรรมโรงพยาบาล ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชื่อมฐานข้อมูลบุคคลกับ สปสช. เริ่ม ตุลาคม 2560

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์  
ดูแลระบบโดย สำนักสารสนเทศการแพทย์



**ระบบจัดเก็บข้อมูลโครงการ THAI ACS REGISTRY**

เพื่อเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการ การดำเนินโรคทางคลินิก ประเมินมาตรฐานการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย

สถาบันโรคทรวงอกกรมการแพทย์  
ดูแลระบบโดย สำนักสารสนเทศการแพทย์

Moving together: The best for the most

**COPD Quality of care**  
http://203.157.32.43/copd/

**ระบบบันทึกสถิติ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง**  
**COPD Quality Of Care**

Report

Export Data

Report

รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ : ช่วง ไตรมาส ตรี 5 ธันวาคม 2560

| ประเภท/โรค                    | 40-59 ปี  | 60-69 ปี   | 70-79 ปี   | 80-89 ปี   | ≥ 90 ปี  |
|-------------------------------|-----------|------------|------------|------------|----------|
| I120 - โรคหลอดเลือดหัวใจ      | 5(3.03%)  | 27(30.33%) | 13(21.21%) | 13(21.43%) | 1(1.61%) |
| I120 - โรคหลอดเลือดหัวใจ P/F2 | 0(0%)     | 2(2.27%)   | 2(3.23%)   | 3(4.84%)   | 0(0%)    |
| I120 - โรคหลอดเลือดหัวใจ      | 6(10.17%) | 31(34.86%) | 15(24.29%) | 15(24.29%) | 0(0%)    |
| I120 - โรคหลอดเลือดหัวใจ P/F2 | 5(1.94%)  | 25(19.69%) | 4(3.17%)   | 4(3.17%)   | 0(0%)    |

ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย COPD  
ลักษณะ Co-hort เพื่อติดตามการ  
รักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์  
ดูแลระบบโดย สำนักสารสนเทศการแพทย์

**Thai Cancer Base (TCB)**

ระบบการจัดเก็บข้อมูลทะเบียน  
ผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาน  
โรงพยาบาล

รายงานเริ่มที่หน้า 1 กรมการแพทย์  
ดูแลระบบโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**โปรแกรม Canreg  
Cancer Registry**

**ระบบ e-Referral**

The diagram illustrates the e-Referral system architecture. It shows a central 'Nectec Cloud Center' acting as a hub. On the left, external systems (OP, IP, A&ER, Personal User) connect via API and Data feed to an 'Integration Engine'. The Integration Engine then connects to the Cloud Center. The Cloud Center is linked to a 'Database Server' (MongoDB) and an 'Integration Engine' (Web-GIS). The Database Server is also connected to a 'Web Portal' for 'Patient Registration'. The Integration Engine is connected to a 'Data Feed (Text File)' and a 'Cloud Application'.

## Moving together: The best for the most

### รูปแบบการ Implement ระบบ e-refer โรงพยาบาลภูมิพล

- I. NHI National Health Information
- II. เชื่อมโยงระบบบริการ
  - EMR
  - PHR EHR
  - National E-refer
- III. Integrated Reimbursement

### ประโยชน์ที่ได้รับจาก Digital Transformation

บุคคลและครอบครัว

- ได้รับการตรวจ รวดเร็ว และปลอดภัย
- เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและสามารถตัดสินใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ

องค์กรและชุมชน

- ให้บริการตรวจ รวดเร็ว ปลอดภัย
- ใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจกำหนดนโยบายที่ชัดเจน
- การเก็บ ส่ง ใช้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเทศ

- ศูนย์ข้อมูลระดับประเทศ และเชื่อมโยงข้อมูลสู่ระบบออนไลน์
- รายงานข้อมูลและตัวชี้วัดมาตรฐานระดับพื้นที่ จังหวัด เขตสุขภาพ ประเทศ และระดับโลก
- มีความถูกต้อง สอดคล้อง และเผยแพร่ระดับนานาชาติ

Moving together: The best for the most

### DMS Roles In Digital Transformation

- **Models Development & Scale up**
  - Facilitation & New Creation
  - EMR EHR PHR
  - National e Refer
- **Service Transformation**
  - e Appointment, e Que, e Payment – QR code
  - Critical Value alert, Medication Remind
- **Robotic Assisted – Ageing care, Rehabilitation**
  - Knowledge portal for Health literacy
- **Innovation Medical Equipments-Sensors**



#### Quick Win

- E - refer
- Personal Health Record (PHR)
- Smart card reader



#### Health Information Exchange (HIE)

- National Standard dataset & Exchange with API



#### Security & Privacy

- Laws & Method



#### Pain point ของประชาชนที่มาใช้บริการ



#### Roadmap & Action



### เป้าหมาย : Quality of Care



- EMR & National Electronic Refer
  - ❖ สนับสนุนการส่งต่อ จังหวัด เขตสุขภาพ เครือข่ายอื่น
  - ❖ การส่งกลับ รพศ รพท รพช รพ.สต.PCC
  - ❖ Intermediate care
  - ❖ Palliative care
- EMR/PHR People Access , Self Care
- National Health Information
- HIS Software ของกระทรวงสาธารณสุข



National Electronic Refer



EMR, PHR



People access



Patient engagement



HIS Software ที่พร้อมใช้



National Health Information

## Moving together: The best for the most



### การดำเนินการ

- ◇ พัฒนารูปแบบ EMR ที่เหมาะสมกับประเทศไทย (EMRAM)
- ◇ ขั้วเคลื่อนและพัฒนาระบบ EMR หน่วยบริการทุกระดับ ทุกสังกัด
- ◇ พัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูล
  - : มาตรฐานข้อมูล HIE (Health information exchange)
- ◇ พัฒนาและวางระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกันได้ (National Electronic Refer)

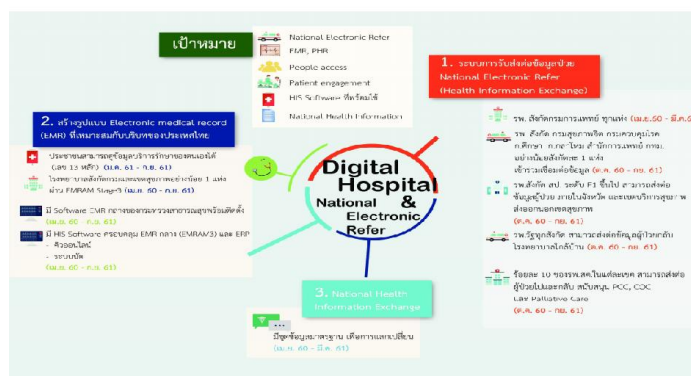
Security & Privacy



### ประเด็นสำคัญ



1. นโยบายและทิศทางที่ชัดเจน
2. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวง DE NECTEC สรอ. กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย กทม รพศ รพท รพชฯ ฯ
3. คณะทำงาน
  - 3.1 มาตรฐานและการแลกเปลี่ยนข้อมูล
  - 3.2 พัฒนา EMR ขั้วเคลื่อนและวางระบบ EMRAM
  - 3.3 พัฒนาขั้วเคลื่อน วางระบบ National Electronic Refer
  - 3.4 พัฒนาศูนย์กลางรองรับ Digital Health Transformation
  - 3.5 วางระบบ Infrastructure รองรับ



Moving together: The best for the most



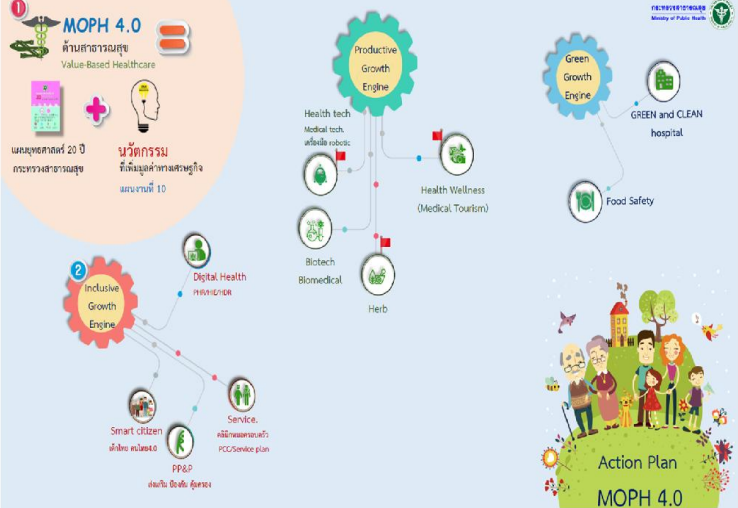
## การดูแลระยะกลาง

# Smart Intermediate Care

การประชุมวิชาการกรมการแพทย์  
20 กันยายน 2560  
จ. ตรัง

นพ. ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์







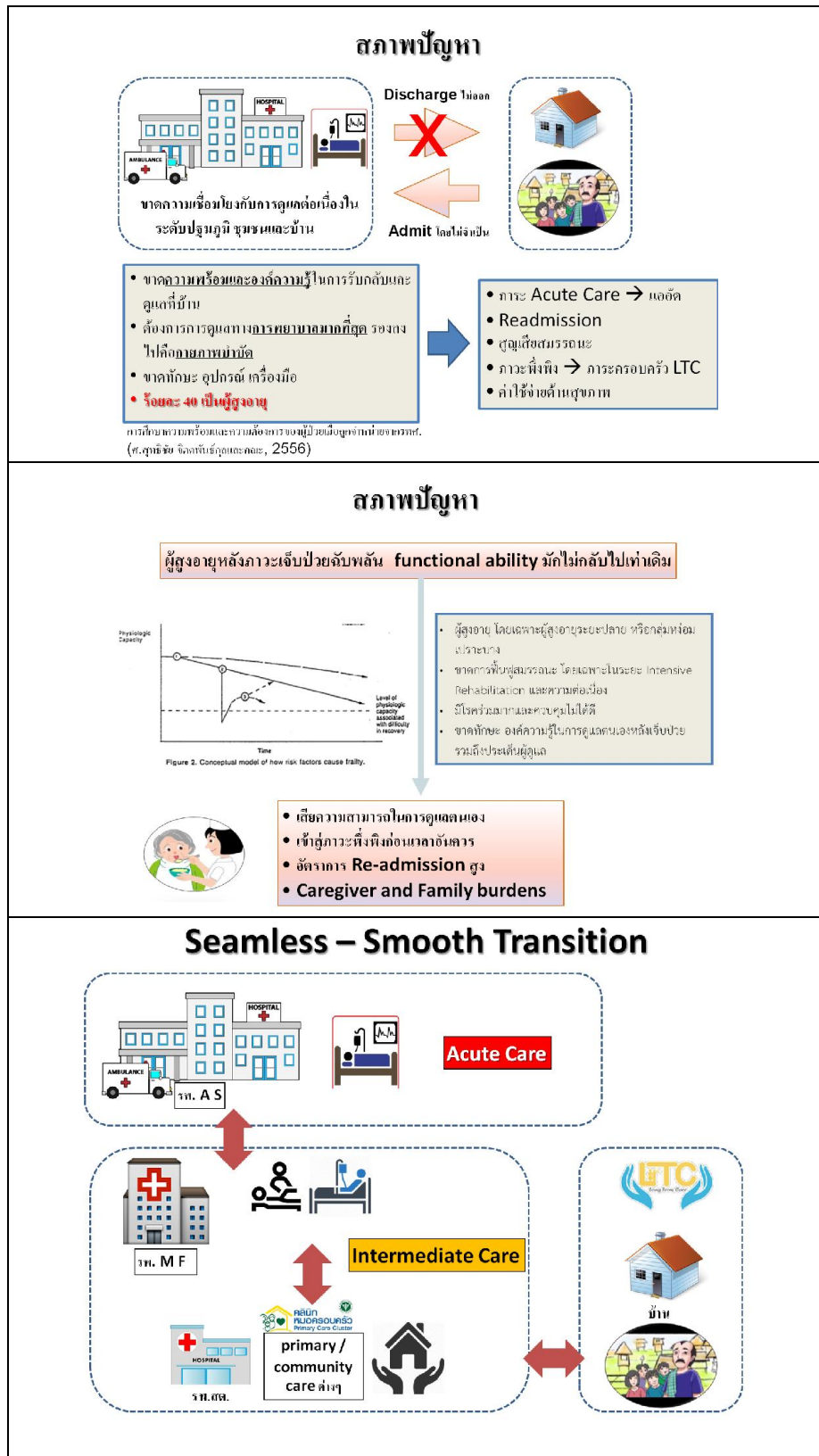
Action Plan  
MOPH 4.0

### 4. เป้าหมายการปฏิรูป 1 ปี 4 เดือน



- Organ transplant
- One Day Surgery/ Intermediate care

Moving together: The best for the most



## Moving together: The best for the most

**Definition**

- A range of integrated services to **promote faster recovery** from illness, **prevent unnecessary acute hospital admission** and **premature admission to long-term residential care**, **support timely discharge from hospital** and **maximise independent living**.
- Intermediate care services are time-limited, normally no longer than **6 weeks** and frequently as little as 1 to 2 weeks or less. Intermediate care should be available to adults **age 18 or over**.  
(National Audit of Intermediate Care 2014, UK)

**Type of Services**

- **Bed-based services**
- **Home-based services**
- **Reablement services**
- **Crisis response services**

**Bed-based services**

- Bed-based intermediate care services are provided within an **acute hospital, community hospital, residential care home, nursing home, stand-alone intermediate care facility, independent sector facility, local authority facility or other bed-based setting**. The aim is to prevent unnecessary acute hospital admissions and premature admissions to long-term care and/or to receive patients from acute hospital settings for rehabilitation and to support timely transfer from hospital. Interventions for the majority of service users will last up to 6 weeks. Services are usually delivered by the **multidisciplinary team**, but predominantly by health professionals and carers (in care homes) (National Audit of Intermediate Care 2014).



Moving together: The best for the most

### Home-based services

- **Community-based** services provided to service users in their **own home/care home**. These services will usually offer assessment and interventions **supporting admission avoidance**, faster recovery from illness and timely discharge from hospital, **maximising independent living**. Interventions for the majority of service users will last up to 6 weeks. Services are usually delivered by the **multidisciplinary team**, but predominantly by health professionals and carers (in care homes) (National Audit of Intermediate Care 2014).

### Reablement services

- **Community-based** services provided to service users in their own home/care home. These services **help people recover skills and confidence to live at home** and maximise their **independence**. Interventions for the majority of service users will last up to 6 weeks. Services are usually delivered by the multidisciplinary team, but predominantly by **social care professionals** (National Audit of Intermediate Care 2014).

### Crisis response services

- **Community-based** services provided to service users in their **own home/care home**. Crisis response services will usually provide an **assessment** and some may **provide short-term interventions** (usually up to **48 hours**) with the aim of **avoiding hospital admission**. Services are usually delivered by the multidisciplinary team, but predominantly by **health professionals** (National Audit of Intermediate Care 2014).

## The role of intermediate care in specific conditions

- Malnutrition
- Fractured neck of femur
- Stroke
- Dementia and depression

## Core practitioners

- support staff
- nurses
- social workers
- physiotherapists
- occupational therapists
- speech and language therapists
- pharmacists

## นิยาม

นิยามมีความหลากหลาย ขึ้นกับวัตถุประสงค์และบริบทระบบสุขภาพ



- หมายถึง การบริการในระหว่างการเปลี่ยนผ่านในระยะเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลสู่ระยะฟื้นฟูที่บ้าน เป็นการบริการที่ไม่ต้องการทรัพยากรในระดับสถานพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ก็มากกว่าการดูแลพื้นฐาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น People with Complex Needs (Royal College of Physicians)



- หมายถึง การบริการในสถานพยาบาลที่ให้การดูแลเน้นเฉพาะบุคคลโดยไม่ต้องการความเป็นเฉพาะทางหรือความเชี่ยวชาญสูง แต่ก็มากกว่าการดูแลที่บ้านหรือชุมชน (US National Library of Medicine, National Technical Information Service)



- หมายถึง รูปแบบบริการที่มีการดูแลช่วงระยะเวลาช่วงหนึ่ง (short-term support) เพื่อให้จำหน่ายจากโรงพยาบาลหลักได้เร็ว, เพื่อเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยให้สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองในชุมชน, ป้องกันการ re-admission ที่ไม่จำเป็น และป้องกันการเข้าสู่ nursing home ทั้งนี้มีการเชื่อมโยงการดูแลทางสุขภาพและสังคมด้วย (NHS UK)



- หมายถึง การบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว แต่ไม่ได้เพียงพอที่จะรับการรักษานอกสถานพยาบาลได้ เจ็บบ้าน หรือการดูแลระยะยาวในชุมชน (Cumulative index to Nursing and Allied Health Literature USA)

## Moving together: The best for the most

### นิยาม

- หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน
- เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable\*) แต่ยังไม่ว่างที่จะสามารถดูแลโดยสถานพยาบาลที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward)
- การดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง บำบัดการบาดเจ็บหรือมือที่จับข้อ สามารถทำได้ตั้งแต่ก่อนย้ายในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์ หรือ 45 วัน\*\*)

(Royal College of Physicians, US National Library of Medicine, NHS UK, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature USA) และงานประชุมวิชาการ Intermediate rehabilitation, ภารกิจจากสหสาขาวิชาชีพ: best practice shared, ๒๕๕๖, ๒๕๕๗

### วัตถุประสงค์

- 1) ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์หรือ acute care settings
- 2) เพิ่มประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น intensive rehabilitation
- 3) ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม
- 4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (bed utility) ในระดับจังหวัดหรือเขต
- 5) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 6) เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแลผู้ดูแลในชุมชนและที่บ้าน

### กลุ่มเป้าหมาย

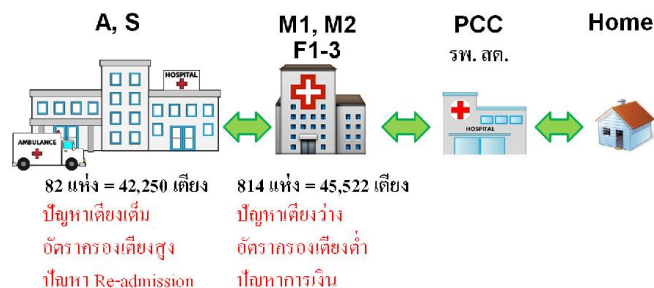
- 1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke)
- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง
- 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง เช่นกลุ่มผู้ป่วยที่มี BOR สูง และมีความเสี่ยง re-admission สูง, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูแบบ intensive rehabilitation, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินแบบองค์รวมและฟื้นฟูสมรรถนะ, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

## มาตรการหลัก

1. พัฒนารูปแบบและมาตรฐานการจัดบริการ (Hospital-Based / Community-Based, คู่มือ)
2. พัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน (IT, Referral System, Capacity Building : HR, Telemedicine)
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการ (Governance, Financial System Revision, TA)

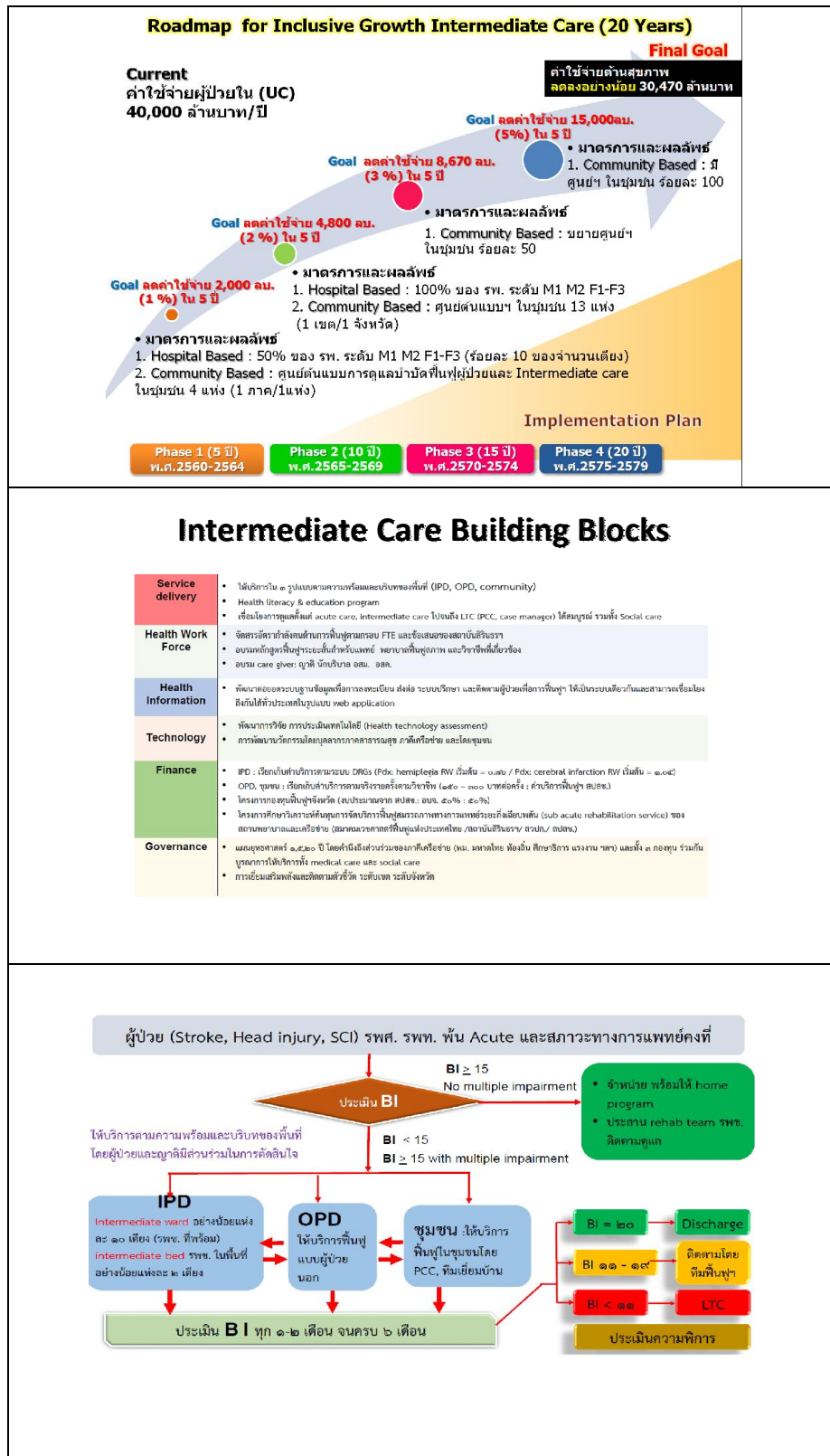
| Intermediate Care Facility                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectives</b><br>1. Improve Functional Status<br>2. ป้องกัน complication ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำขึ้นนำไปสู่การฟื้นฟู<br>3. เพิ่มองค์ความรู้เชิงสุขภาพและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<br>4. ลดการ re-admission จากโรคเดิม<br>5. ลดความแออัดของเตียง A S หรือ acute care setting<br>6. เพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วย                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>(ตัวชี้วัด) Indicators</b><br>1. Functional status เช่น barthel index, ADL, IADL<br>2. Common complication ในระยะหลังรับเข้า เช่น pressure sore<br>3. ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังจนสามารถกลับไปสู่การฟื้นฟูที่บ้านหรือชุมชนได้<br>4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง<br>5. Re-admission rate<br>6. BOR, Bed Utility Rate |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Clients:</b> Post-acute stroke and neurological trauma (who meet criteria for intermediate care)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| การบริหารจัดการและดำเนินการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ระบบสนับสนุน                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | บุคลากร (กรมพ.เขต)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | กิจกรรมและระบบบริการ                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1. พัฒนาระบบการ service plan, คณะกรรมการสุขภาพระดับ 4.0 ประเด็น intermediate care ที่งานร่วมกับไม่มี service plan เป็นหลัก (SP)<br>2. ขยายบริการ ให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น<br>3. ขยายบริการให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น<br>4. ขยายบริการให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น<br>5. ขยายบริการให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น | 1. พัฒนาระบบส่งต่อและระบบบริการโดยคณะกรรมการสุขภาพระดับ 4.0<br>2. พัฒนาระบบ Registry และข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการติดตามและบริหารจัดการด้วยข้อมูลระบบ<br>3. พัฒนาระบบส่งต่อและระบบบริการโดยคณะกรรมการสุขภาพระดับ 4.0<br>4. มีแผนปฏิบัติการและแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องในการติดตามและบริหารจัดการด้วยข้อมูลระบบ | 1. พัฒนาระบบส่งต่อและระบบบริการโดยคณะกรรมการสุขภาพระดับ 4.0<br>2. ขยายบริการให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น<br>3. ขยายบริการให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น<br>4. ขยายบริการให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น<br>5. ขยายบริการให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น     | 1. Intensive rehabilitations : Physical & Respiratory<br>2. Holistic re-assessment, identify risks and care<br>3. Health Literacy / Education Programme<br>4. Comprehensive Discharge Plan (Care Plan)<br>5. ขยายบริการให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและมีความจำเป็น |

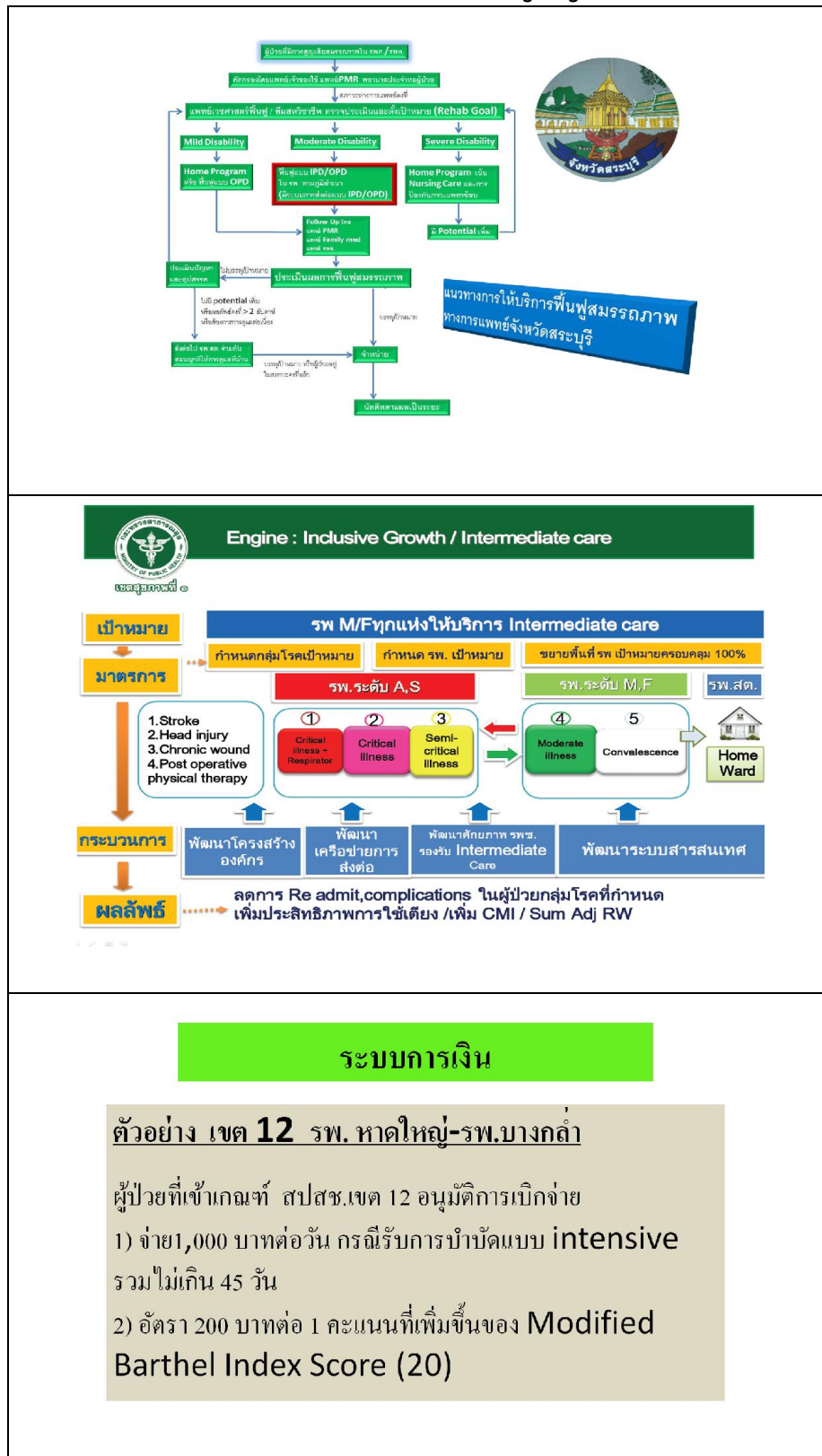
## Smart Intermediate Care



- จัด Intermediate Care 10% ของจำนวนเตียง + Day Care, Home Care
  - Post Stroke, Post Trauma, Post Surgery, Wound Care, Chemo, Rehabilitation
  - SMART Referral System + Care Plan + Tele-medicine + Finance
- ลดค่าใช้จ่าย 5% / ปี  
-30,470 ลบ./20ปี

Moving together: The best for the most







## Moving together: The best for the most

## ผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองในการฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

คชาวุธ นันทิกิตติราช และชุลีรัตน์ สารรัตน์

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

ผู้นำเสนอ นายคชาวุธ นันทิกิตติราช

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ญาติ ผู้ดูแล และบุคลากรด้านสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจพร้อมทักษะจำเป็นในการปฏิบัติการดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวไป การถ่ายทอดองค์ความรู้จะต้องมีการฝึกทักษะควบคู่ไปด้วย การฝึกกับผู้ป่วยจริง หรือไม่ได้ฝึกเลย ผู้ดูแลจะมีความประหม่าไม่มั่นใจจนถึงขั้นปฏิเสธการปฏิบัติ หรือปฏิบัติผิดพลาด งานพยาบาลดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้จัดให้มีการถ่ายทอดความรู้พร้อมกับการนำนวัตกรรมหุ่นจำลองที่ทำขึ้นเอง มาใช้ร่วมในการถ่ายทอดทั้งรายบุคคลและในโครงการอบรม ดังนั้นเพื่อให้รู้ถึงผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองในการฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน จึงทำการศึกษาครั้งนี้ขึ้นกลุ่มตัวอย่างใช้แบบกลุ่มเจาะจง 2 แบบคือ แบบที่1) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายถ่ายทอดเป็นรายคนรายครั้ง จำนวน 30 ราย แยกเป็น 2 กลุ่ม คือควบคุมไม่ได้ฝึกกับหุ่น 15 ราย กลุ่มทดลองฝึกกับหุ่น15 รายแบบที่2) ผู้เข้าอบรมในโครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลักสูตรสำหรับพยาบาล และสำหรับจิตอาสาผู้ดูแล ปี 2559 หลักสูตรละ 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ที่สร้างขึ้นเอง ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างแบบที่ 1, 2) แบบประเมินผลโครงการฝึกอบรม HR 4/5 กรมการแพทย์ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างแบบที่ 2 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจในนวัตกรรมหุ่นจำลองสร้างขึ้นเองตามกรอบการประเมินความพึงพอใจสิ่งประดิษฐ์ ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แบบ

## วิธีการศึกษา

ผลิตหุ่นจำลองตามปัญหาที่พบ ทดสอบ และปรับปรุงแก้ไขให้สมจริงต้นทุนหุ่นพร้อมอุปกรณ์ (ท่อช่วยหายใจ สาย TPBD สายยางอาหาร ทวารใหม่) ตัวละ 4000 บาท (ราคาหุ่นขึ้นกับอุปกรณ์ติดหุ่น) นำไปใช้ฝึกทักษะควบคู่กับการถ่ายทอดองค์ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย ประเมินผลหลังฝึกปฏิบัติ

## ผลการศึกษา

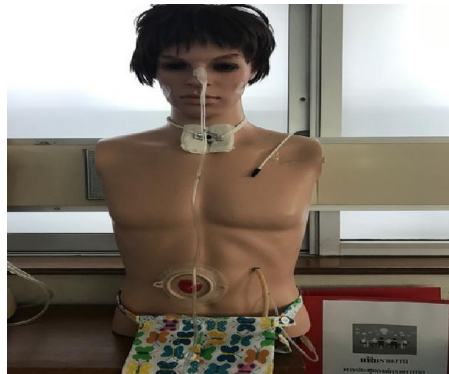
กลุ่มตัวอย่างในแบบที่ 1 พบว่า ปฏิบัติได้ถูกเทคนิคและมีความมั่นใจในการปฏิบัติระดับมาก ถึงมากที่สุดต่างกัน โดยกลุ่มทดลองพบมากกว่าคือ ร้อยละ80ส่วนกลุ่มควบคุมพบเพียงร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างในแบบที่ 2 พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านวิทยาการ/เทคนิคการฝึกอบรม ทั้งสองหลักสูตรอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 87 การประเมินความพึงพอใจในนวัตกรรมหุ่นจำลอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แบบ พบค่าเฉลี่ยพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 55.33 ระดับมากร้อยละ 46.67 ไม่พบการประเมินที่ต่ำกว่าระดับมาก

### Moving together: The best for the most

#### สรุป และข้อเสนอแนะ

หุ่นจำลองเสมือนจริงที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายใช้ฝึก สามารถเพิ่มความมั่นใจและความถูกต้องในการปฏิบัติจริงได้สูงในระดับมาก-มากที่สุด และเสนอแนะว่าหน่วยบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับควรมีไว้ใช้

#### ภาพหุ่นจำลอง



## Moving together: The best for the most

## อุปกรณ์ตรวจสอบพื้นที่ของลำรังสีเอกซ์ Version 2

อรรถพล สายทอง

โรงพยาบาลสงขลา

ผู้นำเสนอ นายอรรถพล สายทอง

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การควบคุมคุณภาพอุปกรณ์และเครื่องมือที่เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นภารกิจหนึ่งของกลุ่มงานรังสีวิทยา ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการควบคุมคุณภาพอย่างสม่ำเสมอให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติหรือผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมตอบสนองต่อนโยบายด้านคุณภาพ และความปลอดภัยของโรงพยาบาล กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสงขลาได้คิดค้นนวัตกรรม“อุปกรณ์ตรวจสอบพื้นที่ของลำรังสีเอกซ์” เพื่อใช้ในการสอบเทียบและควบคุมคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยขึ้น ซึ่งจะต้องคำนึงถึงความแม่นยำของรังสีและความเที่ยงตรงตั้งฉากกันระหว่างลำรังสีกับอุปกรณ์รับภาพเพื่อให้ได้ภาพถ่ายที่มีความคมชัด ขนาดของวัตถุที่ถ่ายภาพออกมามีความถูกต้องเรียกการตรวจสอบนี้ว่า “Collimator and beam alignment test” หากมีการตรวจสอบที่ไม่ได้มาตรฐานจำเป็นต้องให้วิศวกรของบริษัทภายนอกเข้ามาดำเนินการแก้ไขและสอบเทียบใหม่ซึ่งเดิมนวัตกรรมที่ประดิษฐ์ขึ้นพบว่า ภาพถ่ายมีความคมชัดค่อนข้างน้อย มองไม่เห็นสิ่งผิดปกติ การอ่านผลยากเนื่องจากตัวอุปกรณ์มีลักษณะทึบแสงแปรผลยากจึงต้องใช้เจ้าหน้าที่และเครื่องมือจากบริษัทภายนอกมาสอบเทียบซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในการสอบเทียบแต่ละครั้งปี 2558 ได้พัฒนาต่อยอดนวัตกรรม“อุปกรณ์ตรวจสอบพื้นที่ของลำรังสีเอกซ์ Version2” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตนวัตกรรมสำหรับการใช้ในการควบคุมคุณภาพของเครื่องเอกซเรย์ให้ได้ตามมาตรฐาน ใช้งานได้สะดวก และง่ายต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการสอบเทียบเครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพจากบริษัทภายนอก นวัตกรรมที่ผลิตขึ้นมีการปรับปรุงโดยเลือกใช้วัสดุที่มีลักษณะโปร่งใสที่มีข้อมูลอ้างอิงจากข้อมูลงานวิจัย (จิตต์ชัย สุริยะไชยากร, มานัส มงคลสุข และคณะ) มีการทดสอบนวัตกรรมก่อนนำไปใช้และแปรผลอ้างอิงกับค่ามาตรฐานที่เรียกว่า “Collimator and beam alignment test tool” ของภาควิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้ได้การแปรผลที่ถูกต้องแม่นยำอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานที่เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกันจึงเป็นนวัตกรรมที่สามารถใช้สำหรับประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ในราคาถูก และมีคุณภาพมาตรฐานเทียบเท่าระดับสากล

## วิธีการศึกษา

1. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลสู่การวางแผนพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมที่มีอยู่เดิม
2. ศึกษาข้อมูลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง
3. พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมที่มีอยู่เดิมให้มีความเหมาะสมต่อการควบคุมคุณภาพของเครื่องเอกซเรย์ “อุปกรณ์ตรวจสอบพื้นที่ของลำรังสีเอกซ์ Version2” โดยมีการเลือกใช้อุปกรณ์ทดสอบให้มีลักษณะโปร่งใสง่ายต่อการอ่านผลและแปรผล การเพื่อให้เครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยมีความแม่นยำของลำแสง จุดศูนย์กลางของลำแสงเอกซเรย์ตกตั้งฉากกับเตียงหรือฟิล์มอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานที่เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกันมีการ

**Moving together: The best for the most**

สอบเทียบความถูกต้องกับ “Collimator and beam alignment test tool” ของภาควิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้เกิดนวัตกรรมที่มีคุณภาพมาตรฐาน ถูกต้องแม่นยำ และเชื่อถือได้

4. ทดลองใช้นวัตกรรมโดยการทดสอบเปรียบเทียบความถูกต้องโดยการทดสอบก่อนนำไปใช้เพื่อหาค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับ Collimator and beam alignment test tool ของภาควิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดลผลดังนี้

- Collimator test tool การทดสอบลำรังสีเพื่อให้ได้ภาพที่มีความละเอียดพบว่าผลรวมของระยะเหลื่อมด้านกว้างต่างกัน 0.4 ซม. และด้านความยาวต่างกัน 0.0 ซม. ซึ่งอยู่ในค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้

- Beam alignment test tool การทดสอบจุดศูนย์กลางของลำแสงเอกซเรย์ตกตั้งฉากกับเตียงหรือฟิล์มค่าที่ได้อยู่กึ่งกลางเส้นกากบาทและเกือบจะซ้อนทับกันพอดี แปลผลว่าให้ผลการทดสอบที่เหมือนกับค่ามาตรฐานทำให้ภาพมีขนาดที่ถูกต้องแม่นยำและเชื่อถือได้

- Alignment of X-Ray field and image receptor การทดสอบแนวแกนกลางลำรังสีเอ็กซี้ตั้งฉากกับจุดกึ่งกลางส่วนรับภาพ ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันเพียง 0.1 ซม. หรือ 1 มม. เท่านั้น ซึ่งอยู่ในค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ แปลผลว่าถูกต้องตำแหน่งที่ต้องการเอ็กซี้

5. การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยของหน่วยงานใช้ในการสอบเทียบเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยโดยบุคลากรของกลุ่มงานรังสีวิทยาปีละ 2 ครั้ง

6. การประเมินผลการใช้นวัตกรรม (ประเมินความพึงพอใจ/คุณภาพของเครื่องเอ็กซเรย์)

**ผลการศึกษา**

1. ใช้นวัตกรรม “อุปกรณ์ตรวจสอบพื้นที่ของลำรังสีเอ็กซี้ Version 2” ในการควบคุมคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยของหน่วยงาน ทุก 6 เดือน พบว่าคุณภาพการถ่ายภาพรังสีเอ็กซี้ได้ตามมาตรฐาน ได้แก่ ภาพมีความคมชัด ร้อยละ 96 และขนาดของวัตถุมีความถูกต้องแม่นยำ ร้อยละ 95

2. สามารถลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออุปกรณ์ทดสอบคุณภาพเครื่องเอกซเรย์ นวัตกรรมที่ผลิตขึ้นใช้ต้นทุนประมาณ 500 - 600 บาท ซึ่งเดิมต้องมีการจ้างวิศวกรจากบริษัทภายนอกมาสอบเทียบครั้งละประมาณ 30,000 บาท

3. ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับ ดี - ดีมาก เนื่องจากใช้งานได้สะดวก และง่ายต่อการนำไปใช้

**สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ**

การควบคุมคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยโดยการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมที่มีอยู่เดิมมาใช้ในการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ซึ่งมีต้นทุนการผลิตที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่าการจัดจ้างจัดซื้อจากบริษัทภายนอกช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอีกทั้งคุณภาพการผลิตเมื่อนำไปสอบเทียบเปรียบเทียบความถูกต้องกับอุปกรณ์การควบคุมคุณภาพของภาควิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่านวัตกรรมที่ผลิตขึ้นมีความแม่นยำมีคุณภาพและมาตรฐานที่เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับมาตรฐานสากล และยังเป็น การส่งเสริมการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์ให้กับบุคลากรในหน่วยงานให้มีการคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับองค์กร

**Moving together: The best for the most**

**โอกาสพัฒนา** เนื่องจากนวัตกรรมชิ้นนี้ผลิตจากวัสดุที่เหลือใช้อายุการใช้งานจึงสั้น แตกหักได้ง่ายส่งผลให้คุณภาพการสอบเทียบอุปกรณ์บางครั้งไม่เป็นไปตามที่กำหนดซึ่งต้องมีการควบคุมคุณภาพอุปกรณ์โดยการทดสอบก่อนใช้ทุกครั้ง หน่วยงานจึงผลิตนวัตกรรมเพื่อใช้งานจำนวน 3 ชิ้นใช้สลับกันก็ยังพบมีการเสื่อมสภาพ

## Moving together: The best for the most

### Ambulance Med Kit

จุมพิตา ยอดสุรางค์, วิลาวัณย์ จรุงเกียรติขจร และ ปิยะดา เพชรสวัสดิ์

โรงพยาบาลพระแสง อ.พระแสง จ. สุราษฎร์ธานี

ผู้นำเสนอ

เภสัชกรหญิงวิลาวัณย์ จรุงเกียรติขจร

#### บทคัดย่อ

#### บทนำ

จากความต้องการของหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องยา ในการปฏิบัติงานมีเหตุการณ์ออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ หรือส่งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินจะต้องเบิกยาที่จำเป็นที่ห้องยาก่อนทุกครั้ง หรือหยิบยาจากรถฉุกเฉินไปบางรายการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา เกิดความยุ่งยากในการเบิกจ่ายยา อาจได้ยาที่จำเป็นไม่ครบถ้วน รวมถึงเกิดความล่าช้าในการออกปฏิบัติ จึงเกิดแนวความคิดทำกล่องยาฉุกเฉิน (Ambulance Med Kit) ขึ้น เพื่อให้สามารถหยิบใช้ได้ทันที่ มีรายการยาที่จำเป็นครบถ้วน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้บริการยาฉุกเฉินที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ทันที่ มีรายการยาที่จำเป็นครบถ้วน 2) พัฒนาระบบการเบิกจ่ายยาฉุกเฉิน

#### วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์:

วัสดุ/ อุปกรณ์สำหรับทำสิ่งประดิษฐ์

1. กล่องบรรจุยา
2. ยาฉุกเฉิน

วิธีการหรือขั้นตอนการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

1. ประชุมทีมดูแลผู้ป่วย เพื่อกำหนดรายการยาที่จำเป็นต้องมีสำรองในการออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุได้ กำหนดรายการยาและปริมาณใช้ ดังนี้ Adrenaline inj.10 amp, Atropine inj. 2 amp, Berodual NB 2 NB, CPM inj. 2 amp, Diazepam inj. 2 amp, Dopamine inj. 2 amp, 50%Glucose inj. 2 amp, ISDN (5) 3 tab.
2. จัดเตรียมกล่องยาที่มีความสะดวกในการเปิดใช้ โดยปรึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่แผนกห้องฉุกเฉินเพื่อให้สะดวกในการหยิบใช้
3. จัดทำป้ายชื่อยา โดยแยกยาที่เป็นรายการ High Alert Drug ให้ใช้ป้ายชื่อสีแดงเพื่อเน้นให้มีการระมัดระวังในการหยิบใช้ ส่วนยาอื่น ๆ ใช้ป้ายสีเหลือง
4. กำหนดแนวทางการเบิกจ่ายยา การคืนยา โดยจัดทำกล่องยาฉุกเฉิน จำนวน 4 กล่อง ให้มียาบรรจุในกล่องครบถ้วนตามที่กำหนด จัดวางไว้ในห้องฉุกเฉิน (แยกจากรถยาฉุกเฉินปกติ) 1 กล่อง และวางไว้ในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 3 กล่อง เมื่อเกิดเหตุให้หยิบกล่องยาจากห้องฉุกเฉินได้ทันที และเจ้าหน้าที่เบิกกล่องที่ 2 จากห้องยาไปสำรองไว้แทนที่ห้องยามิหน้าที่ตรวจสอบกล่องยาที่นำมาคืนหลังเกิดเหตุ เบิกยา

## Moving together: The best for the most

ทดแทน และกำหนดเปลี่ยนยาในกล่องเพื่อหมุนเวียนไปใช้ในจุดอื่นทุก 3 เดือน เพื่อลดการสูญเสียยาจากการสำรองยาและไม่ได้ใช้

5. ประชาสัมพันธ์และเริ่มดำเนินการให้มีการเบิกใช้กล่องยาฉุกเฉิน
6. ติดตามประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา พัฒนาเพิ่มเติม

### ผลการทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์:

วิธีการทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์

1. ประเมินจำนวนครั้งการหยิบใช้กล่องยาฉุกเฉิน
2. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเบิกยาฉุกเฉินความพร้อมใช้

ผลการทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์

ข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ถึงเดือนเมษายน 2560 พบว่ามีอุบัติการณ์ยาในรถฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่ครบจำนวน เนื่องจากมีการนำไปใช้ในรถฉุกเฉินขณะส่งต่อผู้ป่วยแล้วไม่ได้เบิกคืนอย่างทันท่วงที 1 ครั้ง มีรายงานว่ารถส่งต่อผู้ป่วยไม่สามารถออกได้ทันทีเนื่องจากรอเบิกยาจากฝ่ายเภสัชกรรมตามคำสั่งแพทย์ 2 ครั้ง และมีข้อร้องเรียนของเจ้าหน้าที่เรื่องไม่มีระบบการสำรองยาที่จำเป็นพร้อมใช้ในรถฉุกเฉิน ภายหลังเริ่มใช้กล่องยาฉุกเฉินตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2560-31 กรกฎาคม 2560 ไม่เกิดอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเบิกยาฉุกเฉินหรือความไม่พร้อมใช้ของยาฉุกเฉิน

ใช้กล่องยาฉุกเฉินตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2560-31 กรกฎาคม 2560 ได้นำยาเตรียมพร้อมให้บริการทุกครั้งที่มีการส่งตัวผู้ป่วย 316 ครั้ง และออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ 18 ครั้ง และได้ใช้ยากับผู้ป่วย 10 ราย ได้แก่ ISDN (5) 3 ครั้ง, Diazepam inj. 5 ครั้ง, Dopamine inj. 1 ครั้ง และ Adrenaline inj. 1 ครั้ง

### ประโยชน์ หรือการนำไปใช้

การจัดทำกล่องยาฉุกเฉิน ช่วยอำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่กรณีจำเป็นต้องใช้ยาเมื่อออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และทำให้การเบิกยาฉุกเฉินเป็นแนวทางที่ชัดเจนขึ้น ภายหลังดำเนินการ อาจนำไปประยุกต์ใช้กับการให้บริการยาฉุกเฉินในบางจุดบริการ หรือบางแผนกในโรงพยาบาลที่ไม่มีรถฉุกเฉิน แต่เกิดมีผู้เจ็บป่วยกะทันหันได้

**Moving together: The best for the most****ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกประวัติการฝึกอบรมของบุคลากร ร.พ.บันนังสตา Meeting Experience Record Program (MERP)**

อิกรอม กาซอ และ ชารูนี เจอะอาแซ

โรงพยาบาลบันนังสตา อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

**ผู้นำเสนอ** นายอิกรอม กาซอ**บทคัดย่อ****บทนำ**

งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD) โรงพยาบาลบันนังสตา ได้บันทึกประวัติการเดินทางไปราชการเพื่อฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ ลงในโปรแกรม Excel โดยมีรายละเอียดในเรื่องชื่อหลักสูตร หน่วยงานผู้จัด สถานที่วันเดินทางไป-กลับ จำนวนวันทั้งหมด การขอเบิก/ไม่เบิกงบประมาณ แยกเป็นหน่วยงานและรายบุคคลตามลำดับ เพื่อสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูล โดยในปี 2559 โรงพยาบาลบันนังสตา เกิดอุบัติการณ์ความไม่ทันเวลาในการรายงานข้อมูลค่าใช้จ่ายหมวดเดินทางไปราชการเพื่อฝึกอบรมเสนอผู้บริหารจำนวน 1 ครั้ง เนื่องจากไม่สามารถประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับค่าใช้จ่ายซึ่งเก็บข้อมูลด้วยงานบัญชีได้ตามเวลาที่กำหนด เนื่องจากฐานข้อมูลแยกส่วนกัน เกิดเป็นข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้นในปี 2560 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถใช้งานได้ทันที จึงได้พัฒนารูปแบบการบันทึกประวัติการฝึกอบรมของบุคลากร ร.พ.บันนังสตา ควบคู่กับการใช้นวัตกรรม Meeting Experience Record Program (MERP) ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลประวัติการเดินทางไปราชการด้านการฝึกอบรมของบุคลากร ที่มีคุณภาพและเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในโปรแกรม MERP ได้ทันที

**วิธีดำเนินการ**

จัดประชุมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสอบถามสิ่งที่คาดหวังจากโปรแกรม ซึ่งได้แก่เป็นโปรแกรมที่ใช้งานและเข้าใจง่าย, ลดระยะเวลาการประมวลผล, สามารถใช้งานพร้อมกันได้หลายคน, สนับสนุนข้อมูลให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ จึงเริ่มพัฒนา MERP โดยใช้ชุดคำสั่งของ ภาษาโปรแกรม PHP (Personal Home Page Tools), Apache Web Server, MySQL เขียนเป็นคำสั่งทางคอมพิวเตอร์ ทดสอบความเสถียรในเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2559 สำหรับการใช้งานของโปรแกรม MERP เริ่มตั้งแต่ มกราคม 2560 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากงาน HRD บันทึกข้อมูล/แก้ไขลงในโปรแกรมในทุกวันพฤหัสบดี และให้งานบัญชีบันทึกข้อมูล/แก้ไขรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ดำเนินการเบิกจ่ายแล้วเสร็จลงในโปรแกรม สำหรับการใช้ประโยชน์ของข้อมูลโดยสามารถประมวลผลข้อมูลในหน้าเว็บไซต์ได้ทันที และสามารถ Printout เป็น PDF เพื่อสนับสนุนกลุ่มผู้ใช้งาน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่คือทราบประวัติการเดินทางไปราชการเพื่อฝึกอบรมของตนเอง กลุ่มหัวหน้าฝ่าย/งานสามารถติดตามการเดินทางไปราชการของผู้ใต้บังคับบัญชาและการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามเวลาที่กำหนด และกลุ่มผู้อำนวยการ รพ.จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทุกระดับและใช้โปรแกรมในการติดตามความก้าวหน้าของการใช้งบประมาณเทียบกับงบประมาณประจำปี เพื่อที่จะสามารถปรับแผนเชิงนโยบายในการบริหาร

## Moving together: The best for the most

## ผลการศึกษา

ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม MERP ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เฉลี่ยร้อยละ 98.92, เวลาของการประมวลผลข้อมูลในโปรแกรม MERP ไม่เกิน 1 นาที ร้อยละ 100

## สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนารูปแบบการบันทึกประวัติการฝึกอบรมของบุคลากร โรงพยาบาลبنนังสตา เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน 4 ประเด็น คือ 1) การให้ฐานข้อมูลเป็นแบบใช้งานได้พร้อมกันหลายคน 2) ลดระยะเวลาการประมวลผลข้อมูล การันตีไม่เกิน 1 นาที 3) สนับสนุนข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ 4) สนับสนุนให้การดำเนินงานนี้เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนเป็น Thailand 4.0 สำหรับโอกาสพัฒนาโปรแกรม MERP มีแผนพัฒนาการแสดงผลข้อมูลในรูปแบบกราฟเพื่อเปรียบเทียบหรือดูแนวโน้มให้ชัดเจนมากขึ้น และเพิ่มฟังก์ชันเกี่ยวกับการจัดทำเอกสารเพื่อเสนอเบิกจ่ายภายหลังกลับจากเดินทางไปราชการเพื่อลดจำนวนวันในการดำเนินการให้เสร็จสิ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Dreamweaver Tutorials. (2555). Dreamweaver Database. [Online]. เข้าถึงได้จาก: [www.dwthai.com](http://www.dwthai.com) [2559, พฤศจิกายน 22]

## Moving together: The best for the most

## ผลของการขาดวิตามินดีกับการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

(The effect of Vitamin D deficiency to the long term survival rate in breast cancer patients)

สมชาย ธนะสิทธิชัย, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และ กมลชนก กวยรักษา

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผู้นำเสนอ นายแพทย์สมชาย ธนะสิทธิชัย

## บทคัดย่อ

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทยและสตรีหลายประเทศทั่วโลกการศึกษาของ Globocan ในปี 2554 พบว่า มีถึงร้อยละ 25 ของโรคมะเร็งสตรี สำหรับประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นยังคงปัญหาสำคัญจากรายงานทะเบียนมะเร็งของประเทศไทย ในปี 2554 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 13,000 รายต่อปี และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 2 ทศวรรษที่ผ่านมา

วิตามินดี เป็นวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้รับจากอาหาร หรือร่างกายสามารถสังเคราะห์ได้เองเมื่อถูกกระตุ้นจากแสงแดด มีรายงานจำนวนมากที่แสดงความสัมพันธ์ของระดับวิตามินดีในเลือดต่ออัตราการเกิดโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ การวิจัยในระดับชีวโมเลกุลบ่งชี้ถึงคุณสมบัติในการรักษาสมดุลการแบ่งตัวของเซลล์ในร่างกาย การยับยั้งเซลล์มะเร็งชนิดต่างๆ รวมทั้งควบคุมการทำงานของเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันผ่านตัวรับสัญญาณบนเยื่อหุ้มนิวเคลียส นอกจากนี้ ยังมีรายงานวิจัยทางคลินิกที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินที่ต่ำ และระยะของโรค รวมทั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเต้านม แต่เนื่องจากยังไม่มีกรายงานที่ชัดเจน ถึงระดับวิตามินดีในเลือดกับอัตราการรอดชีพในระยะยาวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โครงการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจหาความสัมพันธ์ของระดับวิตามินดีในเลือดกับอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

## วิธีการศึกษา

ศึกษาระดับวิตามินดีจากเลือดอาสาสมัครที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะต่างๆ ก่อนการรักษา จำนวน 200 ราย ตั้งแต่ปี 2555-2556 และตรวจติดตามอัตราการรอดชีพ ซึ่งสถิติที่ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับของวิตามินดี คือ Cox Proportional hazard model โดยใช้ Method Enter และ Backward Wald จะได้ค่า Hazard Ratio (HR), 95% CI, และค่า p-value

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวนทั้งหมด 200 ราย อายุระหว่าง 24-78 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50.51 ปี (S.D. 10.83) ผู้ป่วยที่มีระดับวิตามินดีต่ำกว่า 15 nmol/L มีจำนวน 24 ราย คิดเป็น 10.5% และผู้ป่วยที่มีระดับวิตามินดีสูงกว่า 15 nmol/L มีจำนวน 204 ราย คิดเป็น 89.5% ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับวิตามินดีต่ำจะมีอัตราการรอดชีพต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับวิตามินดีสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Adjusted hazard ratio (HR) เท่ากับ 2.423 (95% CI 1.058-5.545; p-value 0.036)

Moving together: The best for the most

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับวิตามินที่ต่ำกว่า 15 nmol/L (Vitamin D Deficiency) จะมีอัตราการรอดชีพต่ำ ดังนั้น การให้วิตามินดีเสริม การรับประทานอาหารที่มีวิตามินดี การรับแสงแดด อาจจะนำมาพิจารณาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งนี้ อาจต้องมีการศึกษาเพื่อทดสอบสมมติฐานดังกล่าวต่อไป

**Moving together: The best for the most****โรคอ้วนกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร่งเต้านมของสตรีวัยหลังหมดประจำเดือน**

สมชาย ณะลิทธิชัย, อรดี พัฒนอะเนก, วิภาวี สรรพสิทธิวงศ์, วิชัย ปุริสา, กฤติกา บุญมาก, ฉัตรแก้ว ละครชัย, กมลชนก กวยรักษา, บุบผาชาติ ขุนอินทร์, พัชรีย์ แสงทอง และ แสงรุ้ง สุขจิระทวี

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

**ผู้นำเสนอ** นายวิชัย ปุริสา

**บทคัดย่อ****บทนำ**

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2556 มีอุบัติการณ์ 28.5 ต่อ 100,000 ประชากรปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมมีหลายปัจจัย ความอ้วนหรือดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) ที่เกินเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2557 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน (BMI = 25-29.9 kg/m<sup>2</sup>) ประมาณ 1.9 พันล้านรายและมีอย่างน้อย 600 ล้านรายเป็นโรคอ้วน (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) ถึงแม้ว่าความอ้วน จะเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือด แต่สาเหตุที่ความอ้วนทำให้เกิดมะเร็งเต้านมนั้นยังไม่แน่ชัด มีหลายรายงานกล่าวว่าความอ้วนหรือ BMI ที่เพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งเต้านมสูงขึ้น และค่า BMI ที่เพิ่มขึ้น 5 หน่วยสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร่งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 โดยเฉพาะผู้หญิงหลังหมดประจำเดือนที่เป็นโรคอ้วน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 - 40 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่มีน้ำหนักปกติ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมกับความอ้วนของผู้หญิงไทยที่มารับบริการตรวจที่คลินิกตรวจเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**วิธีการศึกษา**

การศึกษากาตดขวาง (Cross-sectional Study) ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 608 รายโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและค้นแฟ้มประวัติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2559 ข้อมูลที่รวบรวมได้จะวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS18.0 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square และ logistic regression

**ผลการศึกษา**

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 608 ราย มีอายุเฉลี่ย 49.7 ปี (± 12 ปี) มีอายุระหว่าง 19 - 82 ปี จำแนกช่วงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคืออายุน้อยกว่า 41 ปี จำนวน 130 ราย (ร้อยละ 21.4) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป จำนวน 478 ราย (ร้อยละ 78.6) มีค่า BMI น้อยกว่า 25 kg/m<sup>2</sup> จำนวน 389 ราย (ร้อยละ 64.1) และมีค่า BMI เกิน 25 kg/m<sup>2</sup> มีจำนวน 218 ราย (ร้อยละ 35.9) มีไขมันโคเลสเตอรอลปกติ 94 ราย (ร้อยละ 37.8) มีไขมันโคเลสเตอรอลเกิน 155 ราย (ร้อยละ 62.2) มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ปกติ 209 ราย (ร้อยละ 83.6) มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์เกิน 41 ราย (ร้อยละ 16.4) มีไขมันแอลดีแอลในระดับปกติ จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 11.7) และมีระดับไขมันแอลดีแอลเกิน 218 ราย (ร้อยละ 88.3) ไขมันเอชดีแอลระดับปกติมีจำนวน 106 ราย (ร้อยละ 43.3) และมีระดับไขมันเอชดีแอลสูงจำนวน 139 ราย (ร้อยละ 56.7) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มแล้วพบว่า ค่า BMI ที่สูงเกิน 25 kg/m<sup>2</sup> มีความเสี่ยงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.059$ ; OR = 1.38; 95% CI,

**Moving together: The best for the most**

0.988 – 1.926) ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ที่สูงเกินค่าปกติจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.053$ ; OR = 1.94; 95%CI, 0.984 – 3.829) แต่เมื่อแยกกลุ่มระหว่างผู้หญิงก่อนหมดประจำเดือนและหลังหมดประจำเดือนพบว่า กลุ่มผู้หญิงหลังหมดประจำเดือนที่มีค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์เกินมาตรฐาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมถึง 2.8 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยก่อนหมดประจำเดือน ( $P = 0.020$ ; OR = 2.80; 95%CI, 1.150 – 6.811) ส่วนระดับไขมันแอลดีแอลที่สูงเกินค่าปกติไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ( $P = 0.407$ ; OR = 0.721; 95%CI, 0.332 – 1.566) ในทางตรงกันข้ามระดับไขมันเอชดีแอลสูง มีผลในการลดความเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 47 ( $P = 0.016$ ; OR = 0.53; 95%CI, 0.319 – 0.892) และการออกกำลังกายในระดับปานกลางสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้แต่ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $P = 0.239$ ; OR = 0.81; 95%CI, 0.578 – 1.147)

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

BMI ที่มากกว่า 25 kg/m<sup>2</sup> มีความเสี่ยงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงเกินค่าปกติจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ส่วนไขมันแอลดีแอลที่เกินไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม แต่พบว่าไขมันเอชดีแอลที่สูงกลับมีผลในทางตรงกันข้ามคือ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ดังนั้นอาหารที่สมดุลและเหมาะสมและการใช้ชีวิต เช่น การออกกำลังกาย เพื่อลดไขมันที่ไม่ดี (เช่น ไขมันไตรกลีเซอไรด์) และการเพิ่มไขมันที่ดี (เช่น ไขมันเอชดีแอล) อาจลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมได้

**Moving together: The best for the most****ประสิทธิภาพของสมุนไพรตำรับตรีผลาในการยับยั้งการสร้างเส้นเลือดใหม่**

สุรัสวดี ปิยะวิริยะกุล, กิตติยา รัชมี, จันทนา ยะหัวผ่าย, ปรายุมาศ อันศรีสวัสดิ์,

จันทร์นรินทร์ นนทะขาม และ ผ่องพรรณ ศิริพงษ์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

**ผู้นำเสนอ**

นางสาวสุรัสวดี ปิยะวิริยะกุล

**บทคัดย่อ****บทนำ**

ขบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Angiogenesis) มีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มขนาดก้อนมะเร็ง (Solid tumor) โดยเส้นเลือดใหม่ที่เกิดขึ้นล้อมรอบ จะทำหน้าที่ส่งอาหารและออกซิเจนให้ก้อนมะเร็งเจริญเติบโตและมีขนาดใหญ่ขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นในผู้ป่วยและอาจจะเสียชีวิตได้ หลักการรักษาคือ ให้อาหารที่มีประสิทธิภาพทำลายเส้นเลือดที่ล้อมรอบ ก้อนมะเร็งจะขาดอาหารและออกซิเจน ทำให้มีขนาดลดลงและฝ่อตายไปในที่สุด ปัจจุบันการวิจัยยาใหม่เพื่อออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งเป้าหมาย ยังคงดำเนินการวิจัยอย่างต่อเนื่อง สารออกฤทธิ์จากธรรมชาติโดยเฉพาะพืชสมุนไพรที่ชาวบ้านนิยมใช้รักษามะเร็ง ทั้งสมุนไพรเดี่ยวหรือเป็นตำรับยา ยังคงเป็นแหล่งสำคัญของยารักษามะเร็งชนิดใหม่ๆ คณะผู้วิจัยสนใจคัดเลือกตำรับยาสมุนไพรที่นิยมใช้รักษามะเร็งในผู้ป่วย คือ ตำรับยาสมุนไพรตรีผลา ประกอบด้วยผลสมุนไพร 3 ชนิด คือ มะขามป้อม (*Phyllanthus emblica* Linn.) สมอพิเภก (*Terminalia bellerrica* (Gaertn.) Roxb. และสมอไทย (*Terminalia chebula* Retz.) ผสมในอัตราส่วนเท่ากัน (1:1:1) และสมุนไพรเดี่ยวแต่ละชนิด มาศึกษาประสิทธิภาพการออกฤทธิ์แบบเฉพาะเจาะจงต่อการสร้างเส้นเลือดใหม่ของเซลล์หลอดเลือดในหลอดทดลอง

**วิธีการศึกษา**

สกัดสารสกัดน้ำของสมุนไพรตำรับตรีผลา ผลสมุนไพรเดี่ยวแต่ละชนิดด้วยการต้ม ระเหยให้เข้มข้น และทำให้แห้งเป็นผงด้วยเครื่อง FreezeDry ซึ่งน้ำหนักและคำนวณหา % yield ของสารสกัดที่ได้ นำสารสกัดน้ำทั้งหมด ทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์หลอดเลือด (Human Umbilical Vein Endothelial Cells, HUVEC) ที่ความเข้มข้น 0-1,000 ไมโครกรัมต่อไมโครลิตร ด้วยวิธี Resazurin Colorimetric Assay ทดสอบฤทธิ์ยับยั้งการแพร่กระจายด้วยวิธี Wound Healing Assay และการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ (Cell Morphology) ด้วยการย้อมด้วยสารเรืองแสงฟลูออเรสเซนต์ (Fluorescence Probe) ทดสอบฤทธิ์ยับยั้งการสร้างเส้นเลือดใหม่ด้วยวิธี Tube Formation Assay

**ผลการศึกษา**

สารสกัดน้ำจากสมุนไพรตำรับตรีผลาแสดงความเป็นพิษต่อเซลล์หลอดเลือดที่ความเข้มข้นมากกว่า 500 ไมโครกรัมต่อไมโครลิตร สารสกัดน้ำดังกล่าว ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างเส้นเลือดใหม่ที่ความเข้มข้นตั้งแต่ 10-100 ไมโครกรัมต่อไมโครลิตร ซึ่งเป็นความเข้มข้นของยาที่ไม่แสดงความเป็นพิษต่อเซลล์ (non-toxic concentration) อีกทั้งยังมีผลทำให้รูปร่างของเซลล์เปลี่ยนแปลง

## Moving together: The best for the most

## สรุป และข้อเสนอแนะ

สารสกัดน้ำจากสมุนไพรตำรับตรีผลา ที่ความเข้มข้นที่ไม่แสดงความเป็นพิษต่อเซลล์ (10-100 ไมโครกรัม ต่อไมโครลิตร) มีประสิทธิภาพยับยั้งการสร้างหลอดเลือดใหม่ และยับยั้งขบวนการแพร่กระจายของเซลล์ในระดับหลอดทดลอง จากข้อมูลวิจัยพื้นฐานทางปรีคลินิกที่ได้แสดงถึงประสิทธิภาพของสารสกัดสมุนไพรตำรับตรีผลา ที่ออกฤทธิ์อย่างเฉพาะเจาะจงต่อเซลล์เป้าหมาย นำไปสู่การวิจัยในสัตว์ทดลองและวิจัยต่อยอดทางคลินิก เพื่อพัฒนาเป็นเภสัชภัณฑ์ยาสำหรับใช้ป้องกัน ผสมผสานกับการรักษาในผู้ป่วยต่อไป

## Moving together: The best for the most

การคัดแยกเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* ในห้องปฏิบัติการจากสิ่งส่งตรวจชิ้นเนื้อกระเพาะอาหารของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กัณฑ์นิษฐ์ สุริยะจันทร์, สมชาย ธนะสิทธิชัย, หทัยวรรณ ม่วงตาด และ ชินกร นารัตน์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ นางสาวกัณฑ์นิษฐ์ สุริยะจันทร์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

โรคกระเพาะอาหารที่เรียกกันทั่วไปนั้น ทางกรมการแพทย์หมายถึง โรคแผลเปปติค (Peptic ulcer) โดยเกิดแผลบริเวณกระเพาะอาหารหรือบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักประสบปัญหาการเป็นๆ หายๆ คือ หลังจากรักษาแผลให้หายแล้วก็มักจะกลับมาเป็นแผลซ้ำอีกไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ปัจจุบันเป็นที่ทราบแล้วว่าเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เชื้อสามารถก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางคลินิกได้หลายรูปแบบ ปัจจัยความรุนแรงของโรคที่สำคัญได้แก่ เอนไซม์ urease ซึ่งเปลี่ยน urea เป็น ammonia ซึ่งมีฤทธิ์เป็นด่างจึงไปลดความเป็นกรดของกรดในกระเพาะอาหารทำให้เชื้อไม่ถูกทำลาย จากการศึกษาที่มีการบ่งชี้ให้เห็นว่าโรคกระเพาะอาหารอักเสบชนิดเรื้อรัง (chronic gastritis) มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งในกระเพาะอาหาร ซึ่ง IARC ได้จัดเชื้อ *H. pylori* เป็น grade I carcinogen หรือ สารก่อมะเร็งในมนุษย์ (carcinogenic to humans) งานวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเพาะเลี้ยงและจำแนกเชื้อแบคทีเรีย *H. pylori* ในห้องปฏิบัติการจากสิ่งส่งตรวจชิ้นเนื้อกระเพาะอาหารของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อให้ได้เชื้อบริสุทธิ์สำหรับนำไปใช้ในการวิจัย

## วิธีการศึกษา

ทำการเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย *H. pylori* ในห้องปฏิบัติการจากสิ่งส่งตรวจที่เป็นชิ้นเนื้อกระเพาะอาหารที่ถูกตัดออกมาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยจะถูกนำมาเพาะเลี้ยงไปบนอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดพิเศษที่มีการเติมสารต้านจุลชีพชนิดอื่นๆ และมีเลือดแกะผสมอยู่ สภาพที่ใช้ในการเพาะเลี้ยงเชื้อเป็นสภาพที่มีอากาศน้อย (microaerophilic) จากนั้นทำการทดสอบคุณสมบัติทางชีวเคมีของเชื้อ

## ผลการศึกษา

เมื่อทำการเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย *H. pylori* จากชิ้นเนื้อกระเพาะอาหารของผู้ป่วย (gastric biopsy) ที่เข้ามาทำการรักษาที่ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร สถาบันมะเร็งแห่งชาติในเดือน มีนาคม ถึง กรกฎาคม จากสถิติการเก็บสิ่งส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อนำมาเพาะเลี้ยงเชื้อในห้องปฏิบัติการ มีผู้ป่วยที่เข้ามาทำการรักษา จำนวน 79 ราย เมื่อทำการตัดชิ้นเนื้อและใช้ชุดทดสอบ CLO test เพื่อตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ในสิ่งส่งตรวจชิ้นเนื้อนั้นพบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาทำการรักษา ให้ผลบวกในการทดสอบ คือ พบเชื้อ *H. pylori* ในสิ่งส่งตรวจชิ้นเนื้อ 42 ราย และในจำนวนนี้พบว่าการดื้อยาของเชื้อเกิดขึ้น 4 ราย โดยพบว่าผู้ที่เข้ามาทำการรักษาจะอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี เป็นส่วนใหญ่และพบว่าร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง จากการโดยเพาะเลี้ยงเชื้อในห้องปฏิบัติการสามารถแยกเชื้อได้ทั้งหมด 11 ไอโซเลท เมื่อทดสอบคุณสมบัติทางชีวเคมีของเชื้อ พบว่าให้ผลบวกต่อการทดสอบชีวเคมีที่สำคัญ คือ การผลิตเอนไซม์ oxidase, catalase, และ urease และการทดสอบ MR-VP

## Moving together: The best for the most

## สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย *H. pylori* จากชิ้นเนื้อกระเพาะอาหารของผู้ป่วย เชื้อนี้เป็นเชื้อที่ตายได้ง่าย จึงจำเป็นต้องทำการเพาะเลี้ยงอย่างรวดเร็ว เชื้อต้องการออกซิเจนน้อยในการเจริญเติบโต การเพาะเลี้ยงจึงต้องใช้สภาวะพิเศษในการเพาะเลี้ยงร่วมกับอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดพิเศษ การเพาะเลี้ยงเชื้อมีความจำเพาะ 100 เปอร์เซ็นต์ แต่ความไวค่อนข้างต่ำ โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการนำส่งตัวอย่าง สภาวะในการเพาะเลี้ยงเชื้อ ความเข้มข้นของออกซิเจน ตลอดจนประสิทธิภาพของผู้ทำการแยกเชื้อ ถึงอย่างไรก็ตามวิธีการนี้เป็นวิธีการเดียวที่ทำให้ได้เชื้อบริสุทธิ์ ที่สามารถนำไปทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะและสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ เพื่อเลือกใช้อยาปฏิชีวนะและสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่เหมาะสมในการรักษาภาวะการติดเชื้อ *H. pylori*

**Moving together: The best for the most****การศึกษาการแสดงออกของยีน Dihydropyrimidine Dehydrogenase และ Thymidylate Synthase ต่อยา 5 Fluorouracil ในเนื้อเยื่อ FFPE ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**

นันทนา มีศิริพันธุ์, อนงค์ เทพสุวรรณ, พิมพ์พัชตรา สุนทรบดี, พชรินทร์ หอมชะเอม และวิลาวัลย์ เล้าสกุล  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

**ผู้นำเสนอ** นางสาวนันทนา มีศิริพันธุ์

**บทคัดย่อ****บทนำ**

5 Fluorouracil (5-FU) เป็นยาเคมีใช้ในการรักษาหลังการผ่าตัดเพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของมะเร็ง 5-FU เป็นยาเคมีชนิดหนึ่งที่ใช้ในมะเร็งเต้านม แต่เป็นยาเคมีที่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย และพบบ่อยมากที่สุด โดย 5-FU ทำหน้าที่โดยไปยับยั้งเอนไซม์ Thymidylate Synthase (TS) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สำคัญในการสร้างดีเอ็นเอ หลังจากนั้นจะถูกเมตาบอไลต์ด้วยเอนไซม์ Dihydropyrimidine Dehydrogenase (DPD) การพัฒนาวิธีการตรวจสอบทางพันธุกรรมโดยมุ่งเน้นที่การตอบสนองต่อการรักษาและลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียง เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเป็นพิษรุนแรง และการตอบสนองต่อยาต่ำ

**วิธีการศึกษา**

ชิ้นเนื้อฝักรพาราฟิน (FFPE) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 50 ราย ทำการสกัดสารพันธุกรรม และตรวจวัดด้วยวิธี Multiplex real time PCR

**ผลการศึกษา**

พบว่าค่ามัธยฐานการแสดงออกของยีน DPD และ TS เป็น 0.851 (0.0-17.816) และ 0.213 (0.0-3.066) ตามลำดับ และมีปริมาณเซลล์มะเร็งประมาณร้อยละ 70 จากการย้อมด้วย H&E ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาด้วยยาสูตร FAC (5-FU/Adriamycin/Cyclophosphamide) จำนวน 35 ราย รักษาด้วยยา CMF (Cyclophosphamide/Methotrexate/5-FU) จำนวน 15 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดมีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ที่ร้อยละ 72 ไม่พบความสัมพันธ์ของการแสดงออกของยีน DPD และ TS ต่อการรอดชีพโดยรวม การแสดงออกของยีน DPD ต่ออาการท้องผูกและอาการคลื่นเหียนที่ค่าระดับความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.45 และ -0.41 ( $P=0.005$  และ  $P=0.013$  ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของอาการข้างเคียงกับการการแสดงออกของยีน TS

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

ตัวอย่าง FFPE ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถใช้ตรวจการแสดงออกของยีน DPD และ TS ได้ ซึ่งการแสดงออกของยีนดังกล่าวมีผลกับการตอบสนองต่อการรักษาและการลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียงต่อยาเคมี 5-FU และใช้จำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเป็นพิษรุนแรงและการตอบสนองต่อยาต่ำได้ ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนิยมใช้ยาาร่วมกันหลายตัวซึ่งอาจมีผลต่อการแสดงออกต่อยีน ดังนั้นในการพัฒนาการตรวจการแสดงออกของสารพันธุกรรม จึงควรศึกษาการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดชนิดอื่นว่ามีผลต่อการแสดงออกของยีนด้วยหรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนก่อนนำไปใช้เป็นแนวทางการรักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

## Moving together: The best for the most

## ประสิทธิภาพของสารสกัดและสารกลุ่มอัลคาลอยด์จากสมุนไพรมะเร็งตับในการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งตับ และกลไกการออกฤทธิ์ผ่านขบวนการอะพอพโทซิส

จันทร์นรินทร์ นนทะขาม, จันทนา ยะหัวฝ่าย, กิตติยา รัศมี, ปราวุฒ ศรีสวัสดิ์, สุรัสวดี

ปิยะวิริยะกุล, ผ่องพรรณ ศิริพงษ์\*

งานวิจัยสมุนไพรและการแพทย์ผสมผสาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้นำเสนอ นางสาวจันทร์นรินทร์ นนทะขาม

## บทคัดย่อ

## บทนำ

สมุนไพรมะเร็ง (Coscium fenestratum, family Minispermaceae) เป็นสมุนไพรที่พบได้ในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จนถึงประเทศใกล้เคียง เช่น ลาว กัมพูชา เวียดนาม ฯลฯ ซึ่งแพทย์พื้นบ้านนิยมนำมาใช้รักษาโรคมะเร็งในผู้ป่วย โดยเฉพาะมะเร็งตับ มะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ ด้วยการนำแก่นสีเหลืองของหมักต้มน้ำและดื่มสารสกัดน้ำต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งมีรายงานว่า มีความเป็นพิษต่อตับและไตในผู้ป่วย จากรายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สารสีเหลืองในแก่นสมุนไพรมะเร็ง เป็นสารกลุ่มอัลคาลอยด์หลัก ได้แก่ berberine, palmatine และ Jatrorrhizine มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม เป็นต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงประสิทธิภาพของสารสกัด สารสำคัญที่ออกฤทธิ์จากแก่นสมุนไพรมะเร็ง ต่อการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งตับ ตลอดจนศึกษาระดับเชิงลึกถึงกลไกการออกฤทธิ์ในเซลล์และโมเลกุลผ่านขบวนการทำให้เซลล์มะเร็งเกิดการตายแบบอะพอพโทซิส ขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการบริโภคที่ไม่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในร่างกายได้

## วิธีการวิจัย

สกัดแก่นหรือลำต้นของสมุนไพรมะเร็งโดยการหมัก (Maceration) ด้วยตัวทำละลายอินทรีย์ตามลำดับความมีขั้วคือ hexane, chloroform และ methanol ตามลำดับ อีกส่วนหนึ่งจะนำมาสกัดด้วยการต้มด้วยน้ำ ระเหยให้แห้ง คำนวณ %yield ของสารสกัดที่ได้ทั้งหมด แยกสารสำคัญหลัก วิเคราะห์หามาตรฐานของสารสำคัญด้วยเครื่อง HPLC ทดสอบฤทธิ์ยับยั้ง การเจริญของเซลล์มะเร็งตับ (HepG2) ของสารสกัด 4 ชนิดและสารอัลคาลอยด์ 3 ชนิด คือ berberine, palmatine และ Jatrorrhizine ด้วยวิธี MTT colorimetric assay พร้อมทั้งศึกษาเชิงลึกในระดับกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งตับผ่านขบวนการทำให้เซลล์มะเร็งเกิดการตายแบบอะพอพโทซิส ได้แก่ ลักษณะเซลล์ที่เปลี่ยนแปลง กระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ caspase-3 ด้วยวิธี Hoechst staining และ Caspase-3 activation assays

## ผลการวิจัย

พบว่าสารสกัดคลอโรฟอร์ม ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma, HepG2) ได้ดีที่สุด สิ่งที่น่าสนใจคือ สารกลุ่มอัลคาลอยด์หลักทั้ง 3 ชนิด สามารถยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งตับได้ดีในระดับที่น่าสนใจตามขนาดของยาและระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น (Dose and time dependent) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสาร berberine ออกฤทธิ์ได้ดีที่สุด รองลงมาคือ palmatine และ Jatrorrhizine ตามลำดับ สารสกัดและสารอัลคาลอยด์ 3 ชนิดที่ออกฤทธิ์ มีผลทำให้เกิดการหดตัว

**Moving together: The best for the most**

ของ chromatin ในนิวเคลียส และพบการแสดงออกของเอนไซม์ caspase-3 ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอะพอพโทซิส

**สรุป และข้อเสนอแนะ:** ผลการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า สารสกัดคลอโรฟอร์มและสารอัลคาลอยด์ทั้ง 3 ชนิดจากแก่นสมุนไพรรำเพ็ง มีประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งตับของหนู โดยผ่านกลไกการเหนี่ยวนำทำให้เซลล์มะเร็งตับเกิดการตายแบบอะพอพโทซิส อันเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานนำไปสู่การวิจัยต่อยอดด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้สารสกัดและสารออกฤทธิ์จากสมุนไพรรำเพ็งในสัตว์ทดลอง ก่อนที่นำไปพัฒนาเป็นยาสำหรับใช้ในผู้ป่วยต่อไป

**เอกสารอ้างอิง:**

1. Tungpradit R, Sinchaikul S, Phutrakul S, Wongkham W, Chen ST (2010). Anti-cancer compound screening and isolation: *Coscinium fenestratum*, *Tinospora crispa* and *Tinospora cordifolia*. *Chaing Mai J Sci*, 37(3), 476-488.
2. Yu R, Zhang Z, Wang B, Jiang H, Cheng L, Shen J (2014). Berberine-induced apoptotic and autophagic death of HepG2 cells requires AMPK activation. *Cancer Cell International*, 14(49), 2-8.

## Moving together: The best for the most

## ประสิทธิภาพของสมุนไพรตำรับตรีผลาในการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านม

กิตติยา รัศมี, สุรัสวดี ปิยะวิริยะกุล, จันทนา ยะหัวผาย, จันทน์รินทร์ นนทะขาม,

ปรายุมาศ อันศรีสวัสดิ์ และ ผ่องพรรณ ศิริพงษ์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ นางสาวกิตติยา รัศมี

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศหญิง คือ เอสโตรเจน (Estrogen) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีเซลล์ที่มีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนเอสโตรเจน (Hormone Estrogen Receptor, ER positive) ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมระดับฮอร์โมนอย่างต่อเนื่อง คือ Tamoxifen (TAM) ซึ่งเป็นยากดฮอร์โมนเอสโตรเจน (Anti-estrogen drug) เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาต้านฮอร์โมนเป็นระยะเวลานาน ก็อาจจะได้รับอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลงได้ เพื่อความปลอดภัย เพิ่มทางเลือกการใช้ยาทดแทนหรือใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน สารจากธรรมชาติ โดยเฉพาะสมุนไพรทั้งยาเดี่ยวหรือเป็นตำรับยา ยังคงเป็นแหล่งสำคัญในการผลิตยารักษามะเร็งชนิดใหม่ๆ คณะผู้วิจัยสนใจคัดเลือกตำรับยาสมุนไพรที่นิยมใช้รักษามะเร็งในผู้ป่วย คือ ตำรับยาสมุนไพรตรีผลา ประกอบด้วย ผลสมุนไพร 3 ชนิด คือ มะขามป้อม (*Phyllanthus emblica* Linn.) สมอพิเภก (*Terminalia bellerrica* (Gaertn.) Roxb. และสมอไทย (*Terminalia chebula* Retz.) ผสมในอัตราส่วนเท่ากัน (1:1:1) สมุนไพรเดี่ยวแต่ละชนิด และสารออกฤทธิ์หลักของสมุนไพรตำรับดังกล่าว มาศึกษาประสิทธิภาพการออกฤทธิ์แบบเฉพาะเจาะจงต่อการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านมของคนที่มีความผิดปกติเฉพาะในการมีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนเอสโตรเจนและไม่มีอยู่ในเซลล์ในระดับหลอดทดลอง

## วิธีการศึกษา

เตรียมสารสกัดน้ำจากสมุนไพรตำรับตรีผลา สมุนไพรเดี่ยวทั้ง 3 ชนิด และสารสำคัญหลักของสมุนไพรในตำรับ ทดสอบฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านมของคน 2 ชนิด คือ MCF-7 (ER-positive) และ MDA-MB-231 (ER-negative) เปรียบเทียบกับเซลล์ปกติจากไตของลิง (Vero) และยารักษามะเร็ง 2 ชนิด คือ Doxorubicin และ Tamoxifen ที่ความเข้มข้นและระยะเวลาที่ต่างกันด้วยวิธี MTT Colorimetric Assay พร้อมทั้งคำนวณหาค่าเฉพาะเจาะจงของยาในการยับยั้งเซลล์มะเร็ง (Selective Index; SI) เทียบกับเซลล์ปกติ

## ผลการศึกษา

สารสกัดน้ำจากสมุนไพรตำรับตรีผลาออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านม MCF-7 (ER+) ได้ผลดีกว่าเซลล์มะเร็งเต้านมชนิด MDA-MB-231 ที่  $IC_{50} = 54.10$  และ  $206.72$  ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัม และมีความจำเพาะต่อการยับยั้งเซลล์มะเร็ง (SI) เทียบกับเซลล์ปกติ Vero ที่ค่า SI=2.61 และ 0.68 โดยผลการออกฤทธิ์สอดคล้องกับยา TAM ที่แสดงความจำเพาะต่อเซลล์ MCF-7 มากกว่าเซลล์ MDA-MB-231 ที่ค่า SI=10.98 และ 8.34 ตามลำดับ สิ่งที่น่าสนใจคือ สารสกัดสมุนไพรตำรับตรีผลา ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็ง MCF-7 ได้ดีกว่าสารสกัดสมุนไพรเดี่ยวแต่ละชนิด อีกทั้งสารออกฤทธิ์หลัก 3 ชนิดคือ chebulagic acid, gallic

**Moving together: The best for the most**

acid และ ellagic acid สามารถออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็ง MCF-7 ได้ดีกว่า MDA-MB-231 ที่ค่า  $IC_{50} = 20.27, 24.16$  และ  $87.515$  ไมโครโมลาร์ ที่เวลา 72 ชั่วโมง ตามลำดับ

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

สารสกัดน้ำจากสมุนไพรตำรับตรีผลามีประสิทธิภาพยับยั้งอย่างเฉพาะเจาะจงต่อการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านมที่มีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนเอสโตรเจน (MCF-7, ER+) อีกทั้งยังแสดงการเสริมฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็งในตำรับยาสมุนไพรที่ผสมกันมากกว่าสมุนไพรเดี่ยวแต่ละชนิด ข้อมูลการวิจัยพื้นฐานทางปรีคลินิกที่ได้ จะช่วยยืนยันวิธีการใช้สมุนไพรร่วมกัน เพื่อใช้เป็นยาตามตำรับยาการแพทย์พื้นบ้าน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมุนไพรตำรับตรีผลา สำหรับใช้เป็นยาบำบัดรักษาหรือผสมผสานกับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

## Moving together: The best for the most

## การจัดทำฐานข้อมูลเนื้อเยื่อและตัวอย่างส่งตรวจเพื่อสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็ง

สมชาย ณะสิทธิชัย, นันทนา มีศิริพันธุ์ และ อภิสันท์ กันแยม

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้นำเสนอ นางสาวอภิสันท์ กันแยม

## บทคัดย่อ

## บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขระดับประเทศ ตรวจพบได้ในหลายอวัยวะ การเกิดโรคมะเร็งมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีการศึกษาวิจัยหาสาเหตุและการดำเนินโรคมะเร็งมากขึ้น แต่ยังคงมีคำถามอีกมากมายที่ต้องทำการวิจัยค้นหาคำตอบ การวิจัยมีทั้งการวิจัยทางคลินิก การวิจัยพื้นฐาน ที่ทำการในห้องปฏิบัติการ จำเป็นต้องใช้ตัวอย่างเนื้อเยื่อ เลือด หรือตัวอย่างส่งตรวจจากผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งตัวอย่างที่ได้มานี้จะต้องเก็บรักษาคุณภาพให้อยู่ในสภาพที่ดีพร้อมใช้ในงานวิจัย และยังต้องใช้ระยะเวลาในการรวบรวมให้ได้จำนวนครบตามที่กำหนด เพื่อให้การวิเคราะห์ผล การแปลผลที่เชื่อถือได้ ดังนั้นเพื่อให้มีการจัดระบบการเก็บรวบรวมเนื้อเยื่อและตัวอย่างส่งตรวจ เช่น ชนิดของมะเร็งและระยะของโรคมะเร็ง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทำฐานข้อมูลเนื้อเยื่อและตัวอย่างส่งตรวจเพื่อการสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็ง

## วิธีการศึกษา

จัดทำโปรแกรมฐานข้อมูล (Access) โดยใช้ข้อมูลตามแนวทางการจัดเก็บเนื้อเยื่อและตัวอย่างส่งตรวจเป็นรูปแบบในการลงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ (โปรแกรม Access) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลหลัก

## ผลการศึกษา

เมื่อโครงการดำเนินการได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ จะได้ฐานข้อมูลเนื้อเยื่อและตัวอย่างส่งตรวจที่ธนาคารเนื้อเยื่อและตัวอย่างส่งตรวจของผู้ป่วยจัดเก็บและเป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสนับสนุนงานวิจัยด้านโรคมะเร็งที่ดีต่อไปในอนาคต

## สรุป และข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการจัดทำโปรแกรมฐานข้อมูลเนื้อเยื่อและตัวอย่าง ส่งตรวจเพื่อสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็ง ซึ่งคณะผู้จัดทำได้ออกแบบและจัดทำขึ้นมา ทำให้ผู้ใช้งานมีความเข้าใจและสามารถใช้งานโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การใช้งานโปรแกรมในการบันทึกและค้นหาข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว และยังช่วยให้ประหยัดเวลาในการค้นหามากขึ้น คาดว่าจะช่วยสนับสนุนให้นักวิจัยสร้างผลงานได้รวดเร็วขึ้น และจะเกิดประโยชน์ต่องานวิจัยด้านโรคมะเร็งในอนาคตยิ่งขึ้น

## Moving together: The best for the most

ประสิทธิผลของสารสกัดด้วยน้ำจากใบมะรุมต่อการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านมและขบวนการสร้างเซลล์ไขมัน

(Effectiveness of *Moringa oleifera* aqueous leaf extract on anti-proliferative and anti-adipogenic activities against human breast cancer and 3T3-L1 pre-adipocytes)

ปริญญมาศ อันศรีสวัสดิ์, จันทนา ยะหัวผาย, สุรัสวดี ปิยะวิริยะกุล, กิตติยา รัศมี, จันทน์รินทร์ นนทะขาม, ผ่องพรรณ ศิริพงษ์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ นางสาวปริญญมาศ อันศรีสวัสดิ์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ภาวะโรคอ้วน (Obesity) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆจำนวนมาก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคมะเร็ง จากรายงานวิจัยทางคลินิกพบว่า ภาวะโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งเต้านม ปัจจุบันการลดภาวะโรคอ้วนด้วยยาแผนปัจจุบันยังข้อจำกัดอยู่ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงในระยะยาว จึงหันมาเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพจากธรรมชาติโดยเฉพาะสมุนไพร ซึ่งอาจจะมีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงน้อยกว่ายาจากสารเคมี ผลิตภัณฑ์มะรุม (*Moringa Oleifera* Lam) ซึ่งเป็นพืชสมุนไพรที่คนไทยนิยมบริโภคเป็นทั้งอาหาร และยามีจำหน่ายในรูปผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพอย่างแพร่หลายในท้องตลาด แต่ยังไม่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์พิสูจน์ถึงประสิทธิภาพดังกล่าว แต่มีรายงานวิจัยระดับเซลล์และสัตว์ทดลองว่า มีฤทธิ์ต้านการเกิดเนื้องอก ต้านมะเร็ง ลดระดับคอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด ต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบ ฯลฯ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสิทธิภาพของสกัดน้ำจากใบมะรุมในการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านม และยับยั้งขบวนการสร้างเซลล์ไขมันที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะโรคอ้วนในหลอดทดลอง

## วิธีการศึกษา

สกัดใบมะรุมด้วยการต้ม น้ำ ระเหยให้เข้มข้นด้วยเครื่องระเหยสารด้วยความดันต่ำ (Rotary evaporator) และทำให้แห้งเป็นผงด้วยเครื่อง Freeze Dry ได้สารสกัดน้ำ (MOH) ชั่งน้ำหนักและคำนวณ % yield ที่ได้เตรียมสารสกัดน้ำด้วยความเข้มข้นที่ต่างกัน นำมาทดสอบฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านมของคน 2 ชนิด คือ MCF-7 (ER-positive) และ MDA-MB-231 (ER-negative) เปรียบเทียบกับเซลล์ปกติ คือ เซลล์จากไตของลิง (Vero) และยารักษามะเร็ง คือ Doxorubicin และ Tamoxifen ด้วยวิธี MTT Colorimetric Assay พร้อมทั้งทดสอบฤทธิ์ยับยั้งขบวนการสร้างเซลล์ไขมัน (Adipogenesis) ของเซลล์ 3T3-L1 pre-adipocytes ด้วยการวิเคราะห์ปริมาณเมดิไขมันที่เกิดขึ้นภายในเซลล์ที่ถูกกระตุ้นให้เป็นเซลล์ไขมันที่สมบูรณ์ (mature adipocyte) ด้วยวิธี Oil-Red-O Staining และวัดปริมาณของไตรกลีเซอไรด์ที่เกิดขึ้นภายในเซลล์ไขมันเทียบกับเซลล์ควบคุม ที่ไม่มีสารสกัดใบมะรุม

## Moving together: The best for the most

## ผลการศึกษา

พบว่าสารสกัดน้ำจากใบมะรุมด้วยความเข้มข้นที่ต่างกัน ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านมทั้งสองชนิดได้ในระดับที่น่าสนใจตามขนาดของยาที่เพิ่มขึ้น (dose-dependent) และสามารถยับยั้งขบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ 3T3-L1 pre-adipocyte ไปเป็นเซลล์ไขมันได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับเซลล์ควบคุมที่ไม่มีสารสกัดใบมะรุม

## สรุป และข้อเสนอแนะ

สารสกัดน้ำจากใบมะรุมมีประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งเต้านมของคน และยับยั้งขบวนการสร้างเซลล์ไขมันในระดับหลอดทดลอง จากข้อมูลวิจัยพื้นฐานทางปรีคลินิกที่ได้ จะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยต่อยอดทางคลินิกในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพของสมุนไพรมะรุม เพื่อใช้ป้องกันผสมผสานกับการรักษาและ/หรือส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับเมตาบอลิกและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอีกด้วย

## เอกสารอ้างอิง:

1. Tioke C, Phulukdaree A, Chuturgoon AA (2013). The antiproliferative effect of *Moringa oleifera* crude aqueous leaf extract on cancerous human alveolar epithelial cells. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 226.
2. Li G, Cong L, Gasser J, Zhao J, Chen K, Li F (2011). Mechanisms underlying the antiproliferative activities of adiponectin in human breast cancer cells, MCF-7- depending on the cAMP/Protein kinase-A pathway. *Nutrition and Cancer*, 63(1), 86-88.

**Moving together: The best for the most****พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและสุขภาพของผู้ที่มารับบริการตรวจที่คลินิกเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ**

สมชาย ณะสิทธิชัย, วิชัย ปุริสา, กฤติกา บุญมาก, ฉัตรแก้วละครชัย, และ รังสินพดล โถทอง  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

**ผู้นำเสนอ** นางสาวกฤติกา บุญมาก

**บทคัดย่อ****บทนำ**

ในปัจจุบันนี้สื่อออนไลน์เป็นแหล่งสำคัญในการค้นหาข้อมูลเพื่อช่วยตัดสินใจในการรักษามะเร็ง หรือการดูแลสุขภาพจากภัยสุขภาพต่างๆ โดยผ่านทางอุปกรณ์ต่างๆ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ และแท็บเล็ต เป็นต้น แต่ยังคงมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสื่อออนไลน์เหล่านี้กับผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาเพื่อช่วยตัดสินใจในการรักษามะเร็งหรือการดูแลสุขภาพ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ในรูปแบบต่างๆ ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและสุขภาพผ่านทางสื่อออนไลน์ของผู้มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกประมวลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18.0 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) เช่น จำนวน และร้อยละ (percent) สถิติในการหาค่ากลางของข้อมูล เช่น ค่าเฉลี่ย (mean) และสถิติในการหาการกระจายของข้อมูล เช่น ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

**ผลการศึกษา**

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 ราย มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี ( $\pm 12$ ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรือแต่งงานแล้ว (ร้อยละ 57.2) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 47.6) มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมากที่สุด (ร้อยละ 27.0) รองลงมาเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 21.6) จากการสำรวจการใช้สื่อออนไลน์ พบว่าส่วนใหญ่ใช้สื่อออนไลน์ในช่วงเวลาหลัง 16.00 น. ถึง 20.00 น. มากที่สุด (ร้อยละ 27.7) รองลงมาเป็นช่วงเวลา หลัง 08.00 น. ถึง 12.00 น. (ร้อยละ 25.1) สถานที่ที่ค้นหาข้อมูลบ่อยที่สุดคือ ที่บ้าน (ร้อยละ 67.4) รองลงมาเป็นที่ทำงาน (ร้อยละ 25.3) โดยค้นหาจากโทรศัพท์มือถือมากที่สุด จำนวน 344 ราย (ร้อยละ 61.9) แต่ผู้มารับบริการส่วนหนึ่งไม่ได้ใช้สื่อออนไลน์ในการหาข้อมูลแต่รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและสุขภาพจากสื่ออื่น เช่น ทีวี มีจำนวน 167 ราย (ร้อยละ 22.2) เว็บไซต์เครือข่ายออนไลน์ที่ใช้บริการมากที่สุด คือ โลก จำนวน 186 ราย (ร้อยละ 37.2) รองลงมาเป็นเฟซบุ๊ก จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 24.6) เว็บไซต์เครือข่ายออนไลน์ต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นการสืบค้นข้อมูลด้วยตัวเอง (ร้อยละ 61.5) และในการค้นหาข้อมูลจะเป็นการค้นหาข้อมูลโรคภัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเองถึงร้อยละ 65

**Moving together: The best for the most**

และค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคภัยให้กับเพื่อนและญาติ ร้อยละ 35 สำหรับการใช้อีเมลในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรและมีการใช้สมุนไพรเป็นทางเลือกในการรักษานั้น พบจำนวน 266 ราย (ร้อยละ 53.2)

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

ผู้หญิงที่มารับบริการที่คลินิกตรวจเต้านม จะค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและสุขภาพที่เกี่ยวกับตัวเองมากที่สุด ซึ่งใช้เวลาหลังเลิกงานในการค้นหาข้อมูลอยู่ที่บ้านโดยใช้โทรศัพท์มือถือ เว็บไซต์ที่ใช้ส่วนมากเป็นไลน์ และ เฟซบุ๊ก และมีการใช้แพทย์ทางเลือกคือการใช้สมุนไพรเป็นส่วนมากซึ่งข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษานี้จะเป็นฐานข้อมูลที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาเว็บไซต์เพื่อการเผยแพร่เนื้อหาและข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่น่าเชื่อถือช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพิ่มเติมในการพิจารณาไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนตัดสินใจในการรักษา และยังทำให้แพทย์มีข้อมูลหรือเกิดความร่วมมือกันระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพในการดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็งได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นต่อไป

**Moving together: The best for the most****พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ที่มารับบริการตรวจเต้านมที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ**

สมชาย ณะสิทธิชัย, วิชัย ปุริสา, กมลชนก กวยรักษา, กฤติกา บุญมาก, ฉัตรแก้ว ละครชัย และรังสีนพดล โถทอง  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ นางสาวกมลชนก กวยรักษา

**บทคัดย่อ****บทนำ**

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อย ที่สำคัญคือการเลือกใช้ยาสมุนไพร โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยและอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ เพื่อสำรวจการใช้ยาสมุนไพรของผู้มารับบริการตรวจเต้านมที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**วิธีการศึกษา**

โดยใช้การศึกษาเชิงสำรวจ (Cross-Sectional Study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2559 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการศึกษา**

พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 ราย มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี ( $\pm 12$ ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 47.6) มีอาชีพรับราชการหรือทำงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด (ร้อยละ 27) รองลงมาเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 21.6) จากการสำรวจการใช้ยาสมุนไพรพบว่า มีการใช้สมุนไพรไทยมากที่สุด (ร้อยละ 80) สมุนไพรจีน (ร้อยละ 15) อื่นๆ (ร้อยละ 4.3) สมุนไพรที่ใช้บ่อย เช่น ขิง ข่า ตะไคร้และเห็ดหลินจือ

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

โรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมความรู้เรื่องของการใช้ยาสมุนไพรให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง

## Moving together: The best for the most

## ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดที่ใส่สายระบายทรวงอก (Intercostal Chest Drainage)

นัฏฐา ติตถสิริ

สถาบันโรคทรวงอก

ผู้นำเสนอ

นางสาวนัฏฐา ติตถสิริ

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคปอด ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง หรือผู้ป่วยโรคปอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีลม (pneumothorax) ของเหลว (pleural effusion) หนอง (empyema) เลือด (hemothorax) และ hydropneumothorax) อยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้เกิดการจำกัดการขยายตัวของเนื้อปอด เกิดภาวะปอดแฟบปอดข้างที่ถูกกดเบียดไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนน้อยลง หายใจได้ไม่เต็มที่ หายใจสั้นตื้น เร็วและเหนื่อยหอบได้ง่าย แพทย์จะให้การรักษาโดยการเจาะปอดเพื่อระบายสารเหลว หรือลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดโดยผ่านท่อระบายทรวงอก ผู้ป่วยโรคปอดมีความบกพร่องของระบบหายใจ (respiratory impairment) และสมรรถภาพปอดลดลง มีอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็ว สั้นตื้น (dyspnea /short of breath) หายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม รู้สึกแน่นอึดอัด ซึ่งแสดงถึงการทำงานในระบบหายใจไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายซึ่งมีสาเหตุจากความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น จากมีการเพิ่มเมตาบอลิซึม ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ภาวะแรงต้านในทางเดินอากาศสูง (airway resistance) ภาวะความยืดหยุ่นของปอดลดลง (Lung compliance) เหล่านี้กระตุ้นให้มีการหายใจเพิ่มขึ้น อาจเพิ่มความลึกและเร็วของการหายใจ ส่งผลให้มีการระบายอากาศไม่เพียงพอความบกพร่องของระบบหายใจ และ สมรรถภาพปอดลดลง เหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการออกกำลังกาย (exercise capacity) ลดลง ซึ่งบ่งบอกถึงสมรรถภาพความแข็งแรงและทนทานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและปอด ความสามารถในการทำกิจกรรม (functional capacity) ลดลง เช่น การแต่งตัว อาบน้ำ การเดิน การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น ผู้ป่วยโรคปอดที่มีปัญหาดังกล่าวนี้ จะมีความบกพร่องหรือความพิการทางร่างกาย (physical disability and handicap) ซึ่งอาจต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า wheelchair และมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ลดลง ซึ่งประกอบด้วยร่างกาย จิตใจอารมณ์ และด้านสังคม

ดังนั้นการให้โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด นอกเหนือจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ และการดูแลทางการแพทย์แล้ว จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการป้องกัน ดูแล รักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพปกติได้ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจำนวนผู้ป่วยที่ใส่สาย ICD ที่มารับการรักษา ณ สถาบันโรคทรวงอกและได้รับโปรแกรมทางกายภาพบำบัด ช่วงปี 2558 - 2559 มีทั้งหมด 132 คนมีอายุเฉลี่ย 49.2 ปี อายุต่ำสุด คือ 16 ปี และสูงที่สุด 84 ปี จากการวินิจฉัยของแพทย์พบว่าเป็น pneumothorax รองลงมา คือ CA Lung และ Empyema สำหรับจำนวนสาย ICD ที่ผู้ป่วยใส่ส่วนมากร้อยละ 96.2 ใส่ 1 สาย มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ผู้ป่วยใส่ 2 สาย สำหรับจำนวนวันที่ใส่สาย ICD ส่วนใหญ่ผู้ป่วยใส่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน รองลงมา คือ 15-28 วัน และค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่ใส่สาย ICD อยู่ที่ 15 วัน ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ทำกายภาพบำบัด

**Moving together: The best for the most**

คือ 7.1 ครั้ง ส่วนจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน 15-28 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยของการนอนโรงพยาบาล คือ 27.5 วัน

โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก ประกอบด้วย

1. การฝึกหายใจด้วยเครื่องมือและเทคนิครูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอดที่ถูกกดเบียด (Deep breathing exercise, Incentive spirometer, Chest mobilization)
2. การฝึกเปลี่ยนท่าทางบนเตียง เช่นการนั่ง / นอนและพลิกตะแคงตัวให้บ่อยครั้ง (Positioning and Mobilization)
3. การออกกำลังกาย แขน-ขาบนเตียง ข้างเตียง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงหรือคงสภาพความแข็งแรง และช่วงการเคลื่อนไหวให้เป็นปกติด้วย เทคนิครูปแบบต่างๆ (Strengthening exercise, Exercise training, Range of motion exercise)
4. การเดินพื้นราบและเดินขึ้น ลงบันได เพื่อเพิ่มความแข็งแรงทนทานของระบบร่างกาย หัวใจและปอด (Early ambulation and Aerobic exercise)

การฝึกออกกำลังกายด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม การฝึกหายใจด้วยเทคนิควิธีการรูปแบบที่เหมาะสม (Modality, Intensity, Duration และ Frequency) จะช่วยส่งเสริมให้มีการระบายของลม / ของเหลวและหนองออกจากช่องปอดให้ดีขึ้น ทำให้ปอดขยายตัวได้เพิ่มขึ้น สมรรถภาพปอดและสมรรถภาพร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้ถอดสาย ICD ได้เร็วขึ้น และออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

**วิธีการศึกษา**

เป็น Retrospective study โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดที่ใส่สายระบายทรวงอก (ICD) และได้รับการส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัด ณ สถาบันโรคทรวงอก ช่วงปี พ.ศ.2557 – 2558 จำนวน 132 คนการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรม SPSS ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ปัญหาทางกายภาพบำบัด และผลการรักษาทางกายภาพบำบัด

**สรุป**

พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มมากขึ้นจากเดิม 64% เพิ่มเป็น 81% ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดแฟบ มีปริมาตรปอดขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็น 93.2% สามารถเดินได้ระยะทางเพิ่มขึ้นเป็น 100-200 เมตร คิดเป็น 67% เดินได้ระยะทางน้อยกว่า 100 เมตร คิดเป็น 30% จากเดิมที่เดินได้น้อย (ข้างเตียง) คิดเป็น 97% ลักษณะท่าทางปกติ (normal posture) มีจำนวน 100% จากเดิมที่ผิดปกติ 10% สามารถเดินขึ้นบันไดได้ 43% จากเดิมที่ไม่สามารถทำได้เลย โดยมีค่าเฉลี่ย  $1.6 \pm 0.67$  ชั้น มีอาการหอบเหนื่อยน้อยลง หรือไม่มีอาการหอบเหนื่อย ความสามารถในการขยับตัวและช่วยเหลือตนเองบนเตียง จาก 95% เป็น 98% ผลที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

## Moving together: The best for the most

## แนวทางการทำการเดินทดสอบ 6 นาที (6MWT) ที่เป็นมาตรฐานของสถาบันโรคทรวงอก

อรพรรณ ดอนแก้ว, จตุรงค์ ฉิมพาลี และ นัฏฐา ติตะสิริ

สถาบันโรคทรวงอก

ผู้นำเสนอ นางสาวอรพรรณ ดอนแก้ว

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การเดินทดสอบ 6 นาที เป็นการทดสอบที่สามารถวัด Functional exercise capacity ได้ เนื่องจากการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับ Submaximal exercise เป็นความหนักที่เทียบเท่าการทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทดสอบนี้เป็นการคำนวณหาระยะทางทั้งหมดที่มีหน่วยเป็นเมตรของผู้ถูกทดสอบที่สามารถทำได้สูงสุดภายใน 6 นาที ดังนั้นระยะทางที่ผู้ถูกทดสอบสามารถทำได้นั้นจึงสามารถนำมาประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกาย (Functional ability) ที่ใช้ทำกิจวัตรประจำวันประจำวันทั่วไป และยังสามารถบอกขีดจำกัดของการทำงาน Functional limitation ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความบกพร่องของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยถุงลมโป่งพอง หรือผู้ป่วยระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ดังนั้นในทางคลินิกจึงนิยมใช้การเดินทดสอบ 6 นาที ในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปอด เนื่องจากการทดสอบที่ง่ายต่อการนำไปใช้ ราคาถูก ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือในการทดสอบน้อย ผู้ทดสอบไม่จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนเป็นพิเศษ และมีความปลอดภัยในการใช้ทางคลินิก การทดสอบดังกล่าวเป็นการวัดในด้านของระบบหายใจและหลอดเลือดหัวใจ ระบบการไหลเวียนในร่างกาย การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย ระบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อ

## ข้อบ่งชี้ของการเดินทดสอบ 6 นาที

เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังในผู้ป่วย Pre-post cardiopulmonary surgery, Pre-post cardiopulmonary rehabilitation, Heart-lung transplantation, COPD, CHF เป็นต้น

เพื่อวัดความสามารถในการทำงาน (Functional capacity) ในผู้ป่วย COPD, CHF, Elderly patients, Post MI, Fibromyalgia, Peripheral vascular disease, NCDs เป็นต้น

## ข้อห้ามของการเดินทดสอบ 6 นาที

มีอาการ Unstable angina หรือ myocardial infarction เกิดขึ้นภายใน 1 เดือนก่อนการทดสอบ  
ซีฟรขณะพักก่อนการทดสอบ >120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมากกว่า 180/100 mmHg และมีปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

## ข้อยุติของการเดินทดสอบ 6 นาที

มีอาการเจ็บหน้าอก (Chest pain), มีอาการเหนื่อยจนทนไม่ไหว, ขาเป็นตะคริว, เดินทรงตัวไม่ได้ เหงื่อออกมาก หน้าซีด และไม่สามารถรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดให้มากกว่า 90% ได้

## ประโยชน์ของการทดสอบการเดิน 6 นาที

- เพื่อประเมินข้อจำกัดของการทำงานของร่างกาย ประเมิน Functional class NYHA
- เพื่อนำผลการทดสอบในแต่ละครั้งมาเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพของการรักษา
- เพื่อบ่งชี้ถึงพยาธิสภาพของโรค, Comorbid, mortality และเพื่อใช้วางแผนในการรักษาต่อไป

**Moving together: The best for the most**

- ประเมิน Functional capacity, ประเมิน Activities in daily living, Quality of life
- ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ

**การนำผลมาใช้ในทางคลินิก**

จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบว่า การทดสอบด้วยการเดิน 6 นาทีนั้น สามารถนำมาใช้ประเมินกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือดเพราะเป็นการทดสอบที่สามารถประเมิน Functional capacity ได้ อีกทั้งเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตของโรคอีกด้วย การทดสอบนี้ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ประเมิน aerobic capacity, performance test ทั้งก่อนและหลังจากการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายหรือแม้กระทั่งกำหนดแผนการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายได้ ในการศึกษาของประเสริฐและอรพรรณ ได้ทำการศึกษเปรียบเทียบผลการเดินทดสอบ 6 นาที ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูหัวใจระยะหลังการผ่าตัดในสถาบันโรคทรวงอก จำนวน 392 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด CABG มีค่าเฉลี่ยของระยะทางการเดิน เป็น  $263 \pm 78$  เมตร ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด Valve surgery มีค่าเฉลี่ยของระยะทางการเดิน เป็น  $299 \pm 76$  เมตร ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด CABG ร่วมกับ Valve surgery มีค่าเฉลี่ยของระยะทางการเดิน เป็น  $251 \pm 75$  เมตรจากการศึกษาของ Claudia Fiorina และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด CABG จำนวน 215 ราย เดินก่อนผ่าตัดได้  $281 \pm 87$  เมตร และเดินหลังผ่าตัดได้  $407 \pm 103$  เมตร และผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ CABG จำนวน 133 ราย เดินก่อนผ่าตัดได้  $238 \pm 96$  เมตร และเดินหลังผ่าตัดได้  $420 \pm 117$  เมตร ผลของการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ของผู้ป่วยที่ทำ PCI ร่วมกับ CABG จำนวน 38 ราย ของ Herbert F. Jelinek และคณะ พบว่า ผู้ป่วย PCI 22 ราย เดินก่อนรักษาได้  $548 \pm 62$  เมตร และเดินหลังรักษาได้  $589 \pm 78$  เมตร ส่วนผู้ป่วย CABG 13 ราย เดินก่อนผ่าตัดได้  $504.3 \pm 93.5$  เมตร และเดินหลังผ่าตัดได้  $565.6 \pm 98.8$  เมตรการศึกษาของ H. Rimington และคณะ เป็นการประเมินความทนทานในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังการทำ Valve replacement มา 1 ปี จำนวน 225 ราย พบว่า สามารถประเมินได้ 294 เมตร และ 418 เมตร

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

ผลจากการที่ได้ศึกษานี้ จะเป็นแนวทางมาตรฐานของการทดสอบเดิน 6 นาที (6MWT) ในสถาบันโรคทรวงอกที่สามารถเชื่อถือได้และนำไปปฏิบัติได้จริง มีการแสดงค่าระยะทางที่ใช้เป็นเกณฑ์การประเมินของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจในรูปแบบต่างๆ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การประเมิน functional class ของ NYHA, functional capacity, comorbid, mortality, ADL, QOL, prognosis และสามารถนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายได้

## Moving together: The best for the most

ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อกลุ่ม *Enterobacteriaceae* ที่ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenem (Antibiotic treatment of carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae* infection)

ศุภวิทย์ ศุทธกิจไพบูลย์

สถาบันโรคทรวงอก

ผู้นำเสนอ เกสัชกรศุภวิทย์ ศุทธกิจไพบูลย์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัญหาการติดเชื้อกลุ่ม *Enterobacteriaceae* ที่ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenem (carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae*; CRE) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนในหลายประเทศ ในการรักษาภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CRE เนื่องจากผลการรักษาการติดเชื้อ CRE ให้ผลการรักษาที่ไม่ดี และในปัจจุบันยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพพอที่สามารถใช้ในการรักษา CRE ให้ได้ผลดี โดยพบว่าส่วนใหญ่แล้วเกิดกับเชื้อ *Klebsiellapneumoniae* ที่มีการสร้างเอนไซม์ *Klebsiellapneumoniae* carbapenemase (KPC) ในการทำลายยาในกลุ่ม carbapenem<sup>1-2</sup> โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อปีที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียที่มีความไวต่อยาปฏิชีวนะ มีความแตกต่างกันอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ (21 ล้านเหรียญสหรัฐ และ 34 ล้านเหรียญสหรัฐ ตามลำดับ)<sup>3</sup> สำหรับความชุกของการเกิด CRE ที่พบจากสิ่งส่งตรวจต่างๆ มีการเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง<sup>4-7</sup> ซึ่งการติดเชื้อ CRE กลายเป็นเชื้อประจำถิ่นที่พบได้ประเทศสหรัฐอเมริกา กรีซ อิสราเอล และจีน<sup>1-2</sup> โดยข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (CDC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของการเกิด CRE จาก 1.2% ในปี 2001 กลายเป็น 4.2% ในปี 2011 ซึ่งเชื้อแบคทีเรีย *Klebsiella* spp. เป็นเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการเกิด CRE มากที่สุด โดยมีการเพิ่มขึ้นจาก 1.6% ในปี 2001 กลายเป็น 10.4% ในปี 2011<sup>8</sup> ข้อมูลโรงพยาบาล Tisch รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงปี 2000-2001 พบการติดเชื้อ *Klebsiellapneumoniae* ที่มีการสร้างเอนไซม์ KPC ในผู้ป่วยจำนวน 24 ราย ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น 33%<sup>9</sup> และจากผลการศึกษาหลายงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CRE ส่งผลให้มีอัตราการตายที่สูงขึ้น<sup>10-12</sup> คำถามที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CRE ที่ยังคงเป็นปัญหา ไม่มีคำตอบที่แน่ชัด เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาแบบ combination หรือ แบบ monotherapy แบบไหนให้ผลการรักษาที่ดีกว่ากัน หรือยาปฏิชีวนะตัวใด ที่ยังสามารถนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CRE ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย ดังนั้น ผู้ทำการวิจัย จึงได้ทำการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาการติดเชื้อ CRE หรือยาปฏิชีวนะในกลุ่มต่างๆ ที่มีการรายงานว่ามีนำมาใช้ในการรักษาการติดเชื้อ CRE ว่ามีประสิทธิภาพในการรักษา มีความปลอดภัยมากน้อยเพียงใด

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) โดยทำการศึกษารวบรวมงานวิจัยในรูปแบบ original article หรือ review article หรือ systematic review

**Moving together: The best for the most**

ที่ได้รับการตีพิมพ์ ระหว่างปีพ.ศ. 2554 ถึง 2558 ที่สามารถเข้าถึงได้ เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenem

**ผลการศึกษา**<sup>4,14,16-17,20-26</sup>

การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาจากการติดเชื้อ CRE แนะนำยา colistin, tigecycline เป็นยาตัวแรกแรกที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาการติดเชื้อ CRE นอกจากนี้ยังสามารถเลือกใช้ยา fosfomycin, carbapenems, aminoglycosides ร่วมด้วยในการรักษาโดยการให้ยาในรูปแบบสูตรผสม (combination therapy) มีแนวโน้มให้ผลการรักษาดี หรือมีอัตราการตายที่ต่ำกว่าการใช้ยาตัวเดียว หรือการใช้ยา 2 ตัวร่วมกัน สำหรับขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาการติดเชื้อ CRE ของยาปฏิชีวนะแต่ละตัวมีข้อมูลการใช้ยาในขนาดต่างๆ ดังนี้ Colistin 300 มิลลิกรัม IV loading dose ตามด้วย 150 มิลลิกรัม IV ทุก 12 ชั่วโมง, Tigecycline 200 มิลลิกรัม IV loading dose ตามด้วย 50-100 มิลลิกรัม IV ทุก 12 ชั่วโมง, Fosfomycin 2-4 กรัม IV ทุก 6 ชั่วโมง, Meropenem 2 กรัม ทุก 8 ชั่วโมง ให้บริหรยานาน 3 ชั่วโมง (MIC <8 mg L<sup>-1</sup>), Gentamicin 4-7 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน สูตรยาผสม (combination therapy) ที่มีข้อมูลการนำมาใช้ในการรักษาการติดเชื้อ CRE และอัตราการตายได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สูตรยาผสม (combination therapy) และอัตราการตายจากการใช้ยา<sup>4,14,16-17,20-26</sup>

| combination therapy                   | Mortality |
|---------------------------------------|-----------|
| Colistin + tigecycline                | 30%       |
| Colistin + meropenem                  | 20-21%    |
| Colistin + gentamicin                 | 20-21%    |
| Colistin + tigecycline + meropenem    | 12%       |
| Tigecycline + gentamicin              | 0-50%     |
| Tigecycline + meropenem               | 0%        |
| Tigecycline + gentamicin ± fosfomycin | 8%        |
| Tigecycline + colistin ± fosfomycin   | 8%        |
| Fosfomycin + colistin                 | 18-37.5%  |
| Fosfomycin + gentamicin               | 18%       |
| Fosfomycin + tigecycline              | 37.5%     |

**สรุปผล อภิปรายผล ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ**

การรักษาการติดเชื้อ CRE จำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (combination therapy) ในการรักษาเพื่อช่วยเสริมฤทธิ์กันในการฆ่าเชื้อ CRE ช่วยให้ผู้สามารถลดอัตราการตายลงให้น้อยที่สุด โดยยาที่มีข้อมูลในการนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CRE นั้น มียา colistin, tigecycline, fosfomycin, meropenem, gentamicin พบว่า มีผลการรักษาที่ดี ลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้ สำหรับข้อจำกัดหรือข้อเสนอนั้น ชนิดของยาที่มีการนำมาใช้ในการรักษาการติดเชื้อ CRE ไม่ครบในแต่ละกลุ่ม เช่น ยาในกลุ่ม carbapenems

**Moving together: The best for the most**

มีข้อมูลเฉพาะของยา meropenem ไม่มียา Imipenem/cilastatin, doripenem, ertapenem, biapenem หรือยาในกลุ่ม aminoglycosides มีข้อมูลเฉพาะยา gentamicin ไม่มีข้อมูลยา amikacin อาจทำให้ส่งผลต่อการเลือกใช้ในการนำมาใช้ในการรักษาการติดเชื้อ CRE ได้

## Moving together: The best for the most

## การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมชิ้นเนื้อไขมันด้วยน้ำยาเคมีแบบไม่ใช้ไซลีน

อาริชา แสงศรี

สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ นางสาวอาริชา แสงศรี

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มงานจุลพยาธิ สถาบันพยาธิวิทยา ได้ใช้วิธีการเตรียมชิ้นเนื้อด้วยน้ำยาเคมีแบบไม่ใช้ไซลีน เนื่องจากไซลีนมีไธระเหยที่เป็นพิษต่อระบบทางเดินหายใจและตับ เมื่อสัมผัสถูกผิวหนังจะระคายเคือง แสบร้อน และสามารถละลายพลาสติกได้ เช่น สายยางเปลี่ยนถ่ายน้ำยา, ถังมือยาง โดยใช้สารไอโซโพรพิล แอลกอฮอล์ ทดแทน ซึ่งจากผลการทดลองและปฏิบัติงานจริงพบว่า สามารถใช้ทดแทนกันได้เป็นอย่างดีในชิ้นเนื้อทั่วไป แต่ในชิ้นเนื้อประเภทไขมันยังพบว่ากระบวนการเตรียมชิ้นเนื้อด้วยน้ำยาเคมีแบบไม่ใช้ไซลีนยังเกิดขึ้นได้ไม่ดีนัก บางครั้งชิ้นเนื้อจะมีลักษณะขาวซีด และนิ่ม ตัดเป็นแผ่นบางๆ ได้ยาก จนต้องนำไปอบไอน้ำในตู้อบ หรือต้องนำกลับไปเข้ากระบวนการเตรียมชิ้นเนื้อซ้ำ เป็นการทำให้เสียเวลาและทรัพยากร จึงทำการทดลองเพื่อพัฒนาขั้นตอนการเตรียมชิ้นเนื้อด้วยน้ำยาเคมีแบบไม่ใช้ไซลีนในชิ้นเนื้อไขมันให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นโดยไม่ส่งผลกระทบต่อชิ้นเนื้อปกติ

## วิธีการศึกษา

เก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อไขมัน คือ lipoma และชิ้นเนื้อไขมันจากเต้านม นำมาทำการทดลองดังนี้ การทดลองที่ 1 ตัดเป็นชิ้นขนาด 2.5x2 เซนติเมตร 30 ตัวอย่าง แล้วตัดตามความหนาขนาด 2,3 และ 4 มิลลิเมตร อย่างละ 10 ตัวอย่างจากนั้นนำไปผ่านกระบวนการเตรียมชิ้นเนื้อ และนำมา Embed การทดลองที่ 2 ปรับวิธีการเตรียมชิ้นเนื้อ ในขั้นตอนการเตรียมชิ้นเนื้อ โดยเพิ่มเวลาการ Infiltration ของ พาราฟาส และเพิ่มไอโซโพรพิล แอลกอฮอล์รวมถึงเพิ่ม-ลดเวลา ในขั้นตอน Dehydration และ Clearing จากนั้นนำชิ้นเนื้อขนาด 2.5 x 2 เซนติเมตร ความหนา 0.3 เซนติเมตร จำนวน 20 ตัวอย่างไปผ่านกระบวนการเตรียมชิ้นเนื้อที่ตั้งใหม่ และนำมา Embed

## ผลการศึกษา

พบว่าความหนาของชิ้นเนื้อมีผลต่อการแทรกซึมน้ำยา โดยความหนาที่ดีที่สุดถึงร้อยละ 100 คือ 2 มิลลิเมตร แต่ในการปฏิบัติงานจริงทำได้ยาก เนื่องจากชิ้นเนื้อที่มีไขมันเป็นส่วน ประกอบสูงมักจะมีกลิ่น ทำให้ตัดเป็นชิ้นบางๆ ไม่สะดวก ในอีกการทดลองได้ปรับเปลี่ยนเวลาการใช้น้ำยาในกระบวนการเตรียมชิ้นเนื้อ โดยเพิ่มเวลา Infiltration Dehydration และ Clearing มากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้การแทรกซึมของไอโซโพรพิล แอลกอฮอล์ และพาราฟีน ที่ชิ้นเนื้อหนาปกติคือ 3 มิลลิเมตร พบว่าชิ้นเนื้อที่ได้มีความสมบูรณ์ถึงร้อยละ 85

Moving together: The best for the most

เอกสารอ้างอิง

1. กัลยา ผลากรกุล. หลักการปฏิบัติงานด้านพยาธิวิทยา. เนื้อเยื่อพื้นฐานของร่างกายและหลักการปฏิบัติงานด้านพยาธิวิทยา. พิมพ์ครั้งที่1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดีไซร์; 2534. หน้า 41-61.
2. John D.Bancroft, Alan Stevens. Tissue processing, Microtomy and: Gavin Smith.Theory and Practice of Histological Techniques.Fourth edition. Hongkong. Churchill Livingstone; 1996: 48-49.
3. Lars Falkeholm. Xylene-Free Method for Histopathology Preparation: A Multicentre Evaluation: Available: <http://www.nature.com/labinvest/journal/V81/n9/full/3780335a.html>. [2001, March 20].

**Moving together: The best for the most****การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟารินในผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี**

ศศิมาภรณ์ แหียงกระโทก

โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้นำเสนอ นางสาวศศิมาภรณ์ แหียงกระโทก

**บทคัดย่อ****บทนำ**

วาร์ฟารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่มีประโยชน์ในการรักษาและป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในภาวะต่างๆ แต่เนื่องจากวาร์ฟารินเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ รวมถึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ซึ่งใช้ติดตามผลการรักษาด้วยยารวาร์ฟารินหลายประการ หากไม่มีการควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษา อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟารินได้ ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเภสัชกรเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม ซึ่งโรงพยาบาลราชวิถีได้ดำเนินงานให้คำปรึกษาการใช้ยารวาร์ฟารินแก่ผู้ป่วยนอกที่ทำการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมมาระยะหนึ่ง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินในข้อบ่งใช้อื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรมทางกลุ่มงานเภสัชกรรมได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการบริหารทางเภสัชกรรมและความปลอดภัยของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงได้มีนโยบายขยายการดูแลให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก และยังไม่มีเก็บรวบรวมข้อมูลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยเฉพาะการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟาริน จึงจัดทำงานวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟารินของผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาจัดระบบและขยายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟารินมากที่สุด

**วิธีการศึกษา**

เก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยารวาร์ฟารินในช่วงปีงบประมาณ 2557 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลราชวิถี และใช้การวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 ร่วมด้วย โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเอง

**ผลการศึกษา**

มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การวิจัยทั้งหมด 1,854 ราย เป็นเพศหญิง 1,037 ราย (ร้อยละ 55.93) และเพศชาย 817 ราย (ร้อยละ 44.07) มีอายุเฉลี่ย  $54.22 \pm 17.20$  ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยารวาร์ฟารินเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันด้วยโรคลิ้นหัวใจมากที่สุดคือ 1,318 ราย (ร้อยละ 58.92) รองลงมาคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม 373 ราย (ร้อยละ 16.67) และภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว 337 ราย (ร้อยละ 15.06) และพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์รวมทั้งหมด 101 ครั้ง จากการติดตามทั้งหมด 7,144 ครั้ง (1-2 ครั้งต่อการติดตามผู้ป่วย 100 ครั้ง) โดยพบการเกิดภาวะเลือดออกจำนวน 100 ครั้ง (ร้อยละ 99.0) ซึ่งเป็นภาวะเลือดออกที่ไม่รุนแรงทั้งหมด พบมากที่สุดคือ ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ จำนวน 62 ครั้ง (ร้อยละ 61.39) รองลงมาคือ ไอบหรือมีเสมหะ

## Moving together: The best for the most

ปนเลือด 3 ครั้ง (ร้อยละ 2.97) และเลือดกำเดาไหล 2 ครั้ง (ร้อยละ 1.98) และพบภาวะลิ่มเลือดอุดตันจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.99) ซึ่งเป็นภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่รุนแรงคือลิ่มเลือดอุดตันในสมอง และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการไม่พึงประสงค์กับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยพบว่าเพศ อายุ ข้อบ่งใช้ยาแอสไพริน ประวัติการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมองประวัติการมีค่า INR มากกว่า 5 และการมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (<3.5 g/dL) ร่วมด้วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกชนิดไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

## สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ในการจัดระบบและขยายการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพริน หากยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรบุคคลและมีผู้ป่วยจำนวนมาก อาจพิจารณาเลือกดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแอสไพรินมากที่สุด เช่น ในผู้ป่วยสูงอายุ มีประวัติเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมองมีประวัติมีค่า INR มากกว่า 5 มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำเป็นต้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่ เช่นผลของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแอสไพรินอาจน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการระบุรหัส ICD-10 อาจไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้รับรหัสเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (เช่น T455 พิชจากยาและสารเคมีในกลุ่ม Anticoagulants, Y1499 การได้รับพิษโดยไม่เจตนาจากยา, Y442อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อส่วนประกอบของเลือด เป็นต้น) และเป็นการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน และอาจส่งผลต่อผลการศึกษาในเรื่องต่างๆ

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน.
2. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และชมรมเภสัชกรโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติที่ดี เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน. 2551.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย (อังกฤษ-ไทย). 2555.
4. สาวิตรีทองอาภรณ์. ความชุกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกจากการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยภาคใต้ของไทย. 2555.
5. อุทัย เพ็งธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกผิดปกติในผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin. ลำปางเวชสาร 2551;29(1): 59-66.
6. สาวิตรี ทองอาภรณ์, โปยม วงศ์ภูวรักษ์, วรณัฐ แสงเจริญ และวิบูลย์ วงศ์ภูวรักษ์. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแอสไพรินของผู้ป่วยในจังหวัดสงขลา. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2.
7. สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ. สรุปข้อมูลประกอบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และเครือข่าย. 2557.
8. นฤมล เจริญศิริพรกุล, นิสิตตรา พลโคตร. การศึกษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin แบบย้อนหลัง ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2549;11(3): 228-36.

**Moving together: The best for the most**

9. Jorg I, Fenyvesi T, Harenberg J. Anticoagulant-related skin reactions. Expert Opin Drug Saf 2002; 1(3):1-8.
10. Davies DM, Ferner RE, Glanville HD. Davies's textbook of adverse drug reaction. 5<sup>th</sup> ed. London: St edmundsbury Press; 1998.
11. เจนจิรา ตันติวิชญวานิช และรังสิมา ไชยาสุ. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินของโรงพยาบาลปัตตานี. วารสารเภสัชกรรมไทย 2556; 5(2): 108-19.
12. วานิช คำพุ่ม และกฤติกา นาคอริยกุล. ผลทางคลินิกของการติดตามการใช้ยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร 2552; 26(3): 253-9.
13. Krittathanmakul S, Silapachote P, Pongwecharak J, Wongsatit U. Effects of pharmacist counseling on outpatients receiving warfarin at Songklanagarind Hospital. Songklanagarind Medical Journal 2006;24:93-9.
14. Saokaew S, Permsuwan U, Chaiyakunapruk N, Nathisuwan S, Sukomthasarn A. Effectiveness of pharmacist-participated warfarin therapy management: a systematic review and meta-analysis. J ThrombHaemost 2010 Nov; 8(11): 2418-27.

## Moving together: The best for the most

## แนวโน้มการวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถี ระยะเวลา 5 ปี

(Research Trends in Rajavithi Hospital: Five year experiences)

จารุวรรณ หมั่นมี<sup>1</sup>, กัญญา จันทร์พล<sup>2</sup> และ กฤษณา อาชายศ<sup>1</sup><sup>1</sup>โรงพยาบาลราชวิถี, <sup>2</sup>ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย

ผู้นำเสนอ นางสาวกฤษณา อาชายศ

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การวิจัยด้านการแพทย์ถือเป็นการพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ โดยที่ผ่านมามีการค้นพบวิธีการรักษาโรค การวินิจฉัยและการป้องกันรูปแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูงจากการวิจัย ที่เห็นได้ชัดคือเกิดการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างก้าวกระโดดสามารถต่อยอดไปจนถึงการสร้างนวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของประเทศไทย 4.0 และความท้าทายคือ การทำงานวิจัยที่ตอบโจทย์การพัฒนาประเทศมากขึ้น ที่เน้นงานวิจัยเชิงพาณิชย์และนวัตกรรม นอกจากนี้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุขยังส่งเสริมให้มีการเร่งสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้เกิดประโยชน์และทันต่อโลก โดยอาศัยโอกาสที่โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมากในแต่ละวัน รวมทั้งให้การดูแลรักษาโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำที่มีความยากซับซ้อนหลายโรคและซึ่งเอื้อต่อการทำงานวิจัยทั้งพื้นฐานและการวิจัยทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลายสาขา หากมีการเก็บรวบรวมฐานข้อมูลด้านการวิจัยไว้อย่างเป็นระบบแล้วจะสามารถนำผลการศึกษามาได้ไปใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจหรือเป็นฐานข้อมูลเพื่อต่อยอดด้านต่างๆ ต่อไปได้ โดยการศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พรรณนาประเด็นการวิจัยตามลักษณะของโครงการวิจัย 2) อธิบายการใช้ข้อมูลในการวิจัยตามประเภทของการวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถี และประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถี ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากโครงร่างการวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถีที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554-2558 จำนวน 930 โครงการ โดยทำการสืบค้นและบันทึกข้อมูลลงในแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้วิจัย และข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรประเภทของการวิจัย ลักษณะโครงการวิจัย และผลสำเร็จของการวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถีในระยะเวลา 5 ปี

## ผลการศึกษา

งานวิจัยด้านการแพทย์ (medical research) พบมากที่สุด ร้อยละ 82.3 รองลงมาเป็นงานวิจัยด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 15.8) และด้านสังคม (ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ ผู้วิจัยหลักเป็นแพทย์ ร้อยละ 74.8 โดยเป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ร้อยละ 56.4 รองลงมาเป็นการศึกษาเชิงทดลอง ร้อยละ 22.0 และการศึกษาเชิงสำรวจ/สัมภาษณ์ ร้อยละ 20.5 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสถานการณ์และขนาดของปัญหา รองลงมาเป็นการศึกษาพัฒนารูปแบบแนวทางการรักษา (guideline/model development) และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ตามลำดับ จากการวิเคราะห์แนวโน้มและทิศทางการทำวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถี

**Moving together: The best for the most**

พบว่าสหสาขาวิชาชีพมีแนวโน้มการทำงานวิจัยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาเชิงทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 3 ปี (พ.ศ.2556-พ.ศ.2558)

**สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ**

จากการศึกษาโครงการวิจัยย้อนหลัง 5 ปีของโรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ลักษณะของโครงการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาลราชวิถีมีผู้ป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์ต่างๆทั่วประเทศซึ่งเป็นโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การศึกษาวิจัยดังกล่าวทำให้ได้มาซึ่งวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เป็นประโยชน์และมีความคุ้มค่าต่อผู้ใช้บริการสูงสุด และมีการบูรณาการการรักษาแบบองค์รวม ส่งผลให้สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีบทบาทในการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้น การศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถีส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสถานการณ์ของปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบปัญหาและสาเหตุของปัญหานำไปสู่การวางแผนป้องกันและรักษาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดผลการศึกษาที่เป็นรูปธรรมและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์และนโยบายสาธารณสุข โดยเฉพาะข้อมูลอ้างอิงที่สำคัญจะต้องมีความน่าเชื่อถือ การศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อาจเนื่องจากโรงพยาบาลมีการสนับสนุนด้านการวิจัยอย่างครบวงจร (One Stop Service) และทุนการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้มีจำนวนผลงานวิจัยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยเชิงทดลองซึ่งเป็นการศึกษาข้อเท็จจริงและเป็นข้อมูลที่เชื่อถือสามารถนำไปอ้างอิงได้ นอกจากนี้ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้การศึกษาวิจัย screening and diagnostic test ในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นการประเมินความน่าเชื่อถือของเครื่องมือใหม่ที่อาจนำไปใช้ทดแทนในอนาคต

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นระบบฐานข้อมูลการวิจัยในรูปแบบของ Intelligence center และเป็นต้นแบบในการสร้างระบบการจัดเก็บข้อมูล เพื่อเป็นเครื่องมือในการวางแผนการวิจัยในอนาคตและพัฒนาการศึกษาวิจัยขั้นสูง ต่อยอดสู่งานวิจัยเชิงพาณิชย์ และนวัตกรรมต่อไป เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังไม่มีการติดตามการนำไปใช้ประโยชน์ ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเชิงคุณภาพ การนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ และความคุ้มค่าของการศึกษาวิจัยต่อไป

## Moving together: The best for the most

## การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กับผลการดำเนินชีวิตและสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี

(Social media, Effect of Lifestyles and Health in Personnel of Rajavithi Hospital)

จากรุณ หมั่นมี<sup>1</sup>, กัญญา จันทร์พล<sup>2</sup> และกรรณิกา โคตรศรี<sup>1</sup><sup>1</sup>โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์, <sup>2</sup>ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย

ผู้นำเสนอ นางสาวกรรณิกา โคตรศรี

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าและการเติบโตอย่างก้าวกระโดดด้านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Internet) และเทคโนโลยีการสื่อสาร ส่งผลให้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Media) เข้ามามีอิทธิพลอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการสื่อสารและส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle) เปลี่ยนแปลงไปเครือข่ายสังคมออนไลน์จัดเป็นบริการออนไลน์ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอันสะท้อนถึงความสนใจที่คล้ายคลึงกันหรือมีความเกี่ยวข้องกันในสังคม ในปี 2559 มีการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตของประชากรไทยกว่า 38 ล้านคน ร้อยละ 56 ของประชากรใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ เครือข่ายสังคมออนไลน์ยอดนิยม 3 อันดับแรก ได้แก่ YouTube มีผู้ใช้งานมากที่สุดถึงร้อยละ 97.3 รองลงมา คือ Facebook และ Line มีผู้ใช้งานร้อยละ 94.8 และ 94.6 จากการศึกษาผลกระทบการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในนักศึกษาด้านอาชีวศึกษา สังคม และการเรียนภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และผลกระทบการใช้โปรแกรมสนทนาออนไลน์ในการดำเนินชีวิตด้านการใช้ชีวิตประจำวันมีผลกระทบอยู่ในระดับมากแต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กับผลการดำเนินชีวิตและผลด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2560 สุ่มตัวอย่างกระจายตามกลุ่มงานต่างๆ โดยจำแนกตามสัดส่วนของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล (Proportional to size sampling) จำนวน 334 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Linear Regression Analysis เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายออนไลน์ของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการดำเนินชีวิต และสุขภาพลักษณะเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ คือ ระดับ 5 คือ มากที่สุด ถึงระดับ 1 คือ น้อยที่สุด การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย รพ.ราชวิถี (064/2560)

## ผลการศึกษา

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.6%) อายุเฉลี่ย  $36.20 \pm 10.84$  ปี เป็นพยาบาล (28.9%), แพทย์ (27.7%) ประเภทเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้มากที่สุดคือ Line (51.7%) Facebook (39.7%) YouTube (34.7%) ตามลำดับ ช่วงเวลาที่ใช้งานมากที่สุดคือ 18.01 – 21.00 น. วัตถุประสงค์ในการใช้งานส่วนใหญ่ใช้

**Moving together: The best for the most**

สำหรับการสนทนากับเพื่อน (Chat) บุคลากรหญิงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบทั้งด้านการดำเนินชีวิต และสุขภาพจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่าบุคลากรชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และยังพบว่า บุคลากรที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่าบุคลากรที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และบุคลากรที่สูบบุหรี่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์น้อยกว่าบุคลากรที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ**

ประเภทของเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้มากที่สุดคือ Line บุคลากรใช้เป็นหลักในการสื่อสารติดต่อประสานงานภายในหน่วยงาน และช่องทางที่บุคลากรใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากที่สุดคือ Smartphone ในปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึง Smartphone ได้มากขึ้น พกพาได้สะดวก และสามารถเปิดใช้งานได้ตลอดทั้งวัน เพราะจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารตลอดเวลา จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความตระหนักถึงผลกระทบด้านการดำเนินชีวิตและด้านสุขภาพที่เกิดจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด ค่านิยม และทัศนคติจึงส่งผลให้ความตระหนักของหญิงและชายต่างกันและตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งมีความรู้และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ คนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความตระหนักถึงผลกระทบในด้านสุขภาพมากกว่าคนที่ไม่ดื่ม เนื่องจากคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงความถี่ในการดื่มบ่อยว่าสัปดาห์ละครั้งอาจเป็นไปได้ว่าเป็นการดื่มในปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งแอลกอฮอล์บางชนิดดื่มเพื่อสุขภาพ ส่วนคนที่สูบบุหรี่มีความตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ อาจเป็นสาเหตุที่คนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่เพศแตกต่างกันมีผลต่อความตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และประเด็นคำถามรายข้อด้านสุขภาพพบว่าบุคลากรมีความคิดเห็นว่าการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีผลกระทบต่อสายตามากที่สุด ซึ่งประเด็นดังกล่าวถือเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ที่ใช้ผ่านหน้าจอ Smartphone เป็นเวลานาน

การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีทั้งประโยชน์และผลกระทบทั้งด้านการดำเนินชีวิตและสุขภาพ ดังนั้นผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ควรระมัดระวังและใช้อย่างเหมาะสมเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทางประชากร ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรมุ่งเน้นการศึกษาผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เฉพาะกลุ่ม เช่นในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปริมาณที่ดื่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ที่สามารถนำไปสู่การวางแผนนโยบายส่งเสริมสุขภาพต่อไป

## Moving together: The best for the most

**พัฒนาระบบการประเมินแผลเรื้อรังและการใช้วัสดุปิดแผล Advanced wound dressing โรงพยาบาลเลิดสิน**  
 รุจิรา อักษร, สุภาวดี จันทร์โสม, ดวงใจ มหาคาม และ ศานิตย์ นาวิกบุตร  
 โรงพยาบาลเลิดสิน

**ผู้นำเสนอ** นางสาวรุจิรา อักษร

**บทคัดย่อ****บทนำ**

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ยังยากซับซ้อนมีแผลเรื้อรังหายยาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยแผลกดทับและแผลเท้าเบาหวาน จึงส่งผลให้นอนนาน เสียค่าใช้จ่ายสูง แม้ว่าจะมีการส่งเสริมการใช้วัสดุปิดแผลที่เป็นเทคโนโลยีผสมผสานด้วยอนุพันธ์แร่ธาตุเงิน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ สลายแผล และส่งเสริมการหายของแผล แต่ทีมดูแลบาดแผลขาดแนวทางการประเมินแผลเรื้อรัง และใช้วัสดุปิดแผลที่เหมาะสมที่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดแนวทางการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านแผล ขาดแนวทางการเบิกวัสดุปิดแผล จึงเป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบเชิงลบในกระบวนการดูแลรักษา ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นผู้ป่วยนอนนาน

จากความสำเร็จในประเด็นคุณภาพดังกล่าว ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลบาดแผล จึงร่วมพัฒนาระบบการประเมินแผลเรื้อรังและการเลือกใช้วัสดุปิดแผล Advanced wound dressing เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายของแผลกดทับและแผลเท้าเบาหวาน ลดความถี่ในการทำแผล เพิ่มระดับความรู้และทักษะของบุคลากรพยาบาลในการเลือกใช้วัสดุปิดแผล ให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการประเมินแผลเรื้อรังและการเลือกใช้วัสดุปิดแผล Advanced wound dressing ให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุน

**วิธีการศึกษา**

พัฒนาระบบจากงานประจำสู่งานวิจัย ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR : Participatory Action Research) รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 ในกลุ่มผู้ป่วยแผลกดทับระดับ 1 – 3 จำนวน 85 คน และแผลเบาหวาน Wagner ระดับ 1 – 2 จำนวน 27 คน ที่ผ่านแนวทางการขอรับคำปรึกษา จาก APN wound care ในการประเมินแผลและเลือกใช้ Advance wound dressing วิธีดำเนินการประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมศึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน และแผลกดทับ ปัญหาทางคลินิก สาเหตุของแผลหายยาก โดยการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (Bedside review and Interesting case conference) ที่ได้รับการดูแลแบบ Advance wound dressing และการใช้ Conventional dressing
2. จัดทำคู่มือและแนวทางการประเมินบาดแผลเรื้อรัง การใช้วัสดุปิดแผล Advanced wound dressing จากหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดแนวทางการขอรับคำปรึกษาของ APN wound care ในการประเมินและประเมินซ้ำ การบันทึกสภาพแผลเรื้อรัง
3. จัดระบบการใช้และการเบิกจ่ายวัสดุปิดแผล ในระบบสารสนเทศและระบบพัสดุ

**Moving together: The best for the most**

4. จัดอบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะบุคลากรพยาบาล นิเทศทางคลินิก แก่ทีม Wound care เรื่องการประเมินสภาพแผล กลไกการหายของแผล การเลือกใช้วัสดุปิดแผล Advanced wound dressing ให้เหมาะสมกับแผลแต่ละระดับ

5. เก็บข้อมูลการใช้ Advanced wound dressing และติดตามการหายของแผล ในแบบบันทึกข้อมูลวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลการหายของแผล และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการทำแผลจากการใช้ Advance wound dressing กับ Conventional dressing

**ผลการศึกษา**

เกิดระบบการประเมินบาดแผลเรื้อรังและการใช้วัสดุปิดแผล Advanced wound dressing แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย แนวทางการประเมินบาดแผลเรื้อรังและการใช้วัสดุปิดแผล Advanced wound dressing แนวทางการขอรับคำปรึกษา APN Wound care แนวทางการเบิกวัสดุปิดแผล ส่งผลให้เพิ่มอัตราการหายของแผลกดทับ ระดับ 1-3 จาก 31.81% เป็น 72.94% และแผลเท้าเบาหวาน Wagner1-2 จาก 35.5 % เป็น 77.77 % บุคลากรมีความรู้และทักษะการประเมินและเลือกใช้วัสดุปิดแผลเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 82 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมาร้อยละ 95 (  $X = 4.6$ ,  $S.D = .31$  ) ค่าใช้จ่ายในการทำแผลลดลงมากกว่าร้อยละ 60 จากการใช้ Advanced wound dressing

**อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ**

1. การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่ย่างยากซับซ้อน ต้องอาศัยพลังทีม ที่มีความเชี่ยวชาญแต่ละด้านขึ้นประเด็นการตัดสินใจเชิงคลินิก ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการเลือกเทคโนโลยีในการทำแผลที่เหมาะสม

2. ต้องพัฒนาความรู้และทักษะของทีมผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary care) ร่วมลงมือปฏิบัติ (Touch) และ ขับเคลื่อนด้วยสมรรถนะของAPN ให้เกิดกระบวนการที่ดี จึงจะเกิดผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายการดูแลร่วมกัน

3. การลดต้นทุนการทำแผลเรื้อรังด้วย Advance wound dressing ต้องศึกษาต้นทุนทั้ง Direct cost and Indirect cost เพื่อประโยชน์ในการจัดการทรัพยากรที่มีให้คุ้มค่า คุ้มค่า

**เอกสารอ้างอิง**

1. Caroline McIntosh, Laura Kelly. Importance of wound debridement in the management of diabetic foot ulcer. Wound Essentials 2009; 4.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of Pressure ulcer : quick reference guide. ( update 2010). Available from: [http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2016/02/Final\\_Quick\\_Prevention\\_for\\_web\\_2010.pdf](http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2016/02/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf).
3. Foster Rd. Pressure sores. In mathes SJ, editor. Plastic Surgery.<sup>2nd</sup> ed.2006.Philadelphia:Saunders Elsevier; p. 1317-53.
4. จุฬารัตน์ ประสงค์ กาญจนา รุ่งแสงจันทร์และยุวรัตน์ ม่วงเงิน(บรรณาธิการ). การดูแลแผลหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ ( Wound care Nursing: Evidence base to practice) พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; 2559.

## Moving together: The best for the most

## การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในเขตบริการโซน 6 กรุงเทพมหานคร

มาเรียม นีมานวล, นารี บัวทอง และ ว่าที่ ร.ต.พรพิพัฒน์ ลาภมงคลนาวัน

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ผู้นำเสนอ นางมาเรียม นีมานวล

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ตั้งแต่มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ซึ่งกำหนดให้ “การแพทย์ฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน ซึ่งตาม พรบ.นี้ “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” จะได้รับ บริการทุกขั้นตอนด้วยความเร่งรีบ รวดเร็วและปลอดภัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีซึ่งเปิดให้บริการ Prehospital care ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง และปฏิบัติหน้าที่ในฐานะแม่โซน โซน 6 ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีศูนย์สั่งการอยู่ที่สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ใช้ชื่อว่า “ศูนย์เอราวัณ” ซึ่งโซน 6 ประกอบด้วย เขตมีนบุรี คันนายาว คลองสามวา บึงกุ่ม ลาดกระบัง ประเวศ สะพานสูง ลาดพร้าวบางส่วน ซึ่งในการให้บริการของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีนั้นยังไม่เคยได้ทำการศึกษาถึงความพึงพอใจของประชากร ต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของหน่วย EMS เพื่อให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงได้ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเขตโซน6 ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลนวมินทร์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลลาดกระบัง

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลแบบตัดขวาง (Cross sectional study) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและทดสอบความเที่ยงได้ที่ 0.89 ของ ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา ประชากรที่ศึกษาคือผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางหมายเลขโทรศัพท์ 1669, 1646 ที่อยู่ในเขตพื้นที่บริการโซน6ที่ออกให้บริการโดยหน่วยกู้ชีพนพรัตน จำนวน 434 ราย

## ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการด้านความรวดเร็ว ร้อยละ 87.56 ด้านอัยยาศัยร้อยละ 87.79 ด้านคำแนะนำร้อยละ 66.82 ด้านการให้บริการร้อยละ 78.57 ความพึงพอใจต่อชุดปฏิบัติการ ด้านความรวดเร็วร้อยละ 78.11 ด้านอัยยาศัยร้อยละ 88.02 ด้านเครื่องมือร้อยละ 96.77 ด้านผลของการให้บริการร้อยละ 88.48 ความพึงพอใจต่อการให้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้านความรวดเร็วร้อยละ 76.73 ด้านอัยยาศัยร้อยละ 78.80 ด้านสถานที่ร้อยละ 82.26 ด้านผลของการให้บริการร้อยละ 83.18

**Moving together: The best for the most****สรุป และข้อเสนอแนะ**

ในส่วนของคุณย้สัการระดับความพึงพอใจในส่วนของการให้คำแนะนำได้คะแนนต่ำสุด ควรมีการพัฒนา ด้านการให้คำแนะนำในการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ส่วนในระดับชุดปฏิบัติการคะแนนความรวดเร็วยังต่ำอยู่ ควรมีการพัฒนาด้านการติดต่อประสานงานกับตำรวจจราจรเพื่อเปิดเส้นทางจราจรหรือการรณรงค์หลักทางรถ ดูกเงิน ส่วนบริการของห้องดูกเงิน ความพึงพอใจที่ต่ำจะเป็นการบริการที่รวดเร็วและอัสยาศัย ก็ทำให้เกิดการ พัฒนาด้านพฤติกรรมบริการหรือการพิจารณาด้านอัสยาศัยต่อผู้รับบริการ

**เอกสารอ้างอิง**

1. ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541).คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี .วิทยานิพนธ์ วท.ม.,มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
2. ภรณ์วรัญญ์จันทการบัณฑิต.(2554).การพัฒนาตัวชี้วัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน.วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต,มหาวิทยาลัยนเรศวร.
3. วรณรา ชื่นวัฒนาและชูชีพ เปียคนอก.(2555).การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ ดูกเงิน.เอกสารวิชาการสถาบันการแพทย์ดูกเงินแห่งชาติ.กรุงเทพฯ.
4. สมชาย กาญจนสุด. (2554). ระบบการแพทย์ดูกเงิน.เอกสารประกอบการบรรยายพยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลดูกเงิน วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพฯ.

## Moving together: The best for the most

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลทางโภชนาการต่อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี  
(Effect of nutritional caring program to clinical outcomes in CAPD patients at Nopparat Rajathanee Hospital)

นพรัตน์ วิมูลชาติ, สิรินันท์ เนินทราย, จิตรดา ทองดี และ นันทนา ขปิลเลส  
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ผู้นำเสนอ นางสาวนพรัตน์ วิมูลชาติ

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ภาวะโภชนาการมีผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโดยตรง ดังนั้นการคัดกรองเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ และความรุนแรงของโรค จะช่วยวางแผนการรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะทุโภชนาการได้ การศึกษาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะทุโภชนาการสูงถึงร้อยละ 42-60 ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จากข้อมูลการปฏิบัติงานของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยที่มารับบริการการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง มีภาวะทุโภชนาการสูง ถึงร้อยละ 77 ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 32 ดังนั้นหน่วยไตเทียมจึงมีการนำโปรแกรมการดูแลโภชนาการมาใช้ในการวางแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลทางโภชนาการต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็น การศึกษาเชิงประสิทธิผลรูปแบบ One group pre-post intervention design ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 – 30 มิถุนายน 2559 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและแบ่งกลุ่มภาวะโภชนาการ ตาม Malnutrition inflammation score (MIS) เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มภาวะทุโภชนาการต่ำ จะมีการติดตามภาวะโภชนาการต่อทุก 3 เดือน กลุ่มภาวะทุโภชนาการปานกลาง – สูง ใช้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จะคำแนะนำทางด้านโภชนาการ ให้อาหารเสริม ใช้ยา ร่วมกับการประเมินภาวะโภชนาการซ้ำทุก 3 เดือนวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างของ MIS ก่อน – หลัง การใช้โปรแกรมการดูแลทางโภชนาการ (เดือนที่ 3 และ 6) ด้วยสถิติ Multilevel Gaussian Regression

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในการศึกษาทั้งหมด 100 คน สัดส่วนเพศหญิงต่อชายประมาณ 1 : 1 อายุระหว่าง 23 - 87 ปี เฉลี่ย  $54.8 \pm 13.5$  ปี ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 54) สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 95) เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 85) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 97) ช่วงก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะทุโภชนาการอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 88) ระหว่างได้รับโปรแกรมการดูแล เมื่อมีการประเมินภาวะโภชนาการซ้ำ ในเดือนที่ 6 พบผู้ป่วยที่มีภาวะทุโภชนาการระดับสูง ลดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่มทุโภชนาการระดับปานกลาง ถึงร้อยละ 54 และภายหลังปรับความแตกต่างของเพศ ค่ายูเรียไนโตรเจน

**Moving together: The best for the most**

ในเลือดแล้ว หลังเข้าโปรแกรม 3 เดือน มีภาวะโภชนาการดีขึ้นค่า MIS ลดลง 1.65 คะแนน และหลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน ค่า MIS ลดลง 5.05 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$  เมื่อเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรม โดยเชื่อมั่นร้อยละ 95 ว่า ค่า MIS ที่ลดลงนี้อยู่ระหว่าง 1.04 - 2.26 คะแนน และ 4.45 - 5.66 คะแนน ตามลำดับสรุป และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทุกรายควรได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลทางโภชนาการนี้ ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี ในการทำวิจัยครั้งต่อไป จะมีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะทุพโภชนาการกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไต เพื่อนำไปสู่การค้นหา และสะท้อนปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ และภาพรวมของผู้ป่วย

**เอกสารอ้างอิง**

1. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการล้างไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2555 (Hemodialysis Clinical Practice Guideline) จัดทำโดย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
2. ทวี ศิริวงศ์ บรรณาธิการ.แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยไต ล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ.2550 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.บริษัท ทีฟิล์มจก.นนทบุรี 2550.
3. อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. อาหารและโภชนาบำบัดในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ( Nutrition and Peritoneal Dialysis). ในสมชาย เอี่ยมอ่อง, เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, เกรียง ตั้งสง่า, ดุสิต ล้ำเลิศกุล, อนุตตร จิตตินันท์, ประเสริฐ ธนกิจจารุ, บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ ฯ บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2551 หน้า 621-41.
4. ชนิตา ปโชติการ, บัณฑิตศักดิ์ อาชวานันทกุล .Nutrition Management for Thai Community and Special Populations.ใน เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ บรรณาธิการ.Textbook of Practical Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ ฯ บริษัท ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด (มหาชน ); 2556 หน้า 699- 731.
5. ศิริินทร์ จิวากานนท์, ปิยวรรณ กิตติสกุลนาม. ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง: หลักการและการประเมิน .ใน เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ บรรณาธิการ. Textbook of Practical Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ ฯ บริษัท ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด (มหาชน ); 2556 หน้า 671- 698
6. Mehrotra R, Duong U, jiwakanon S, Kovesdy CP, Moran J, et al . Serum Albumin as a Predictor of Mortality in Peritoneal Dialysis: Comparisons With Hemodialysis . Am J Kidney Dis 2011; 58 (3): 418-28

## Moving together: The best for the most

## การเปลี่ยนแปลงของ Sagittal alignment ภายหลังการผ่าตัด Lumbosacral Pedicle Screws

วสันต์ มหาสันติปิยะ และ วาสนิ กล่อมวิทย์

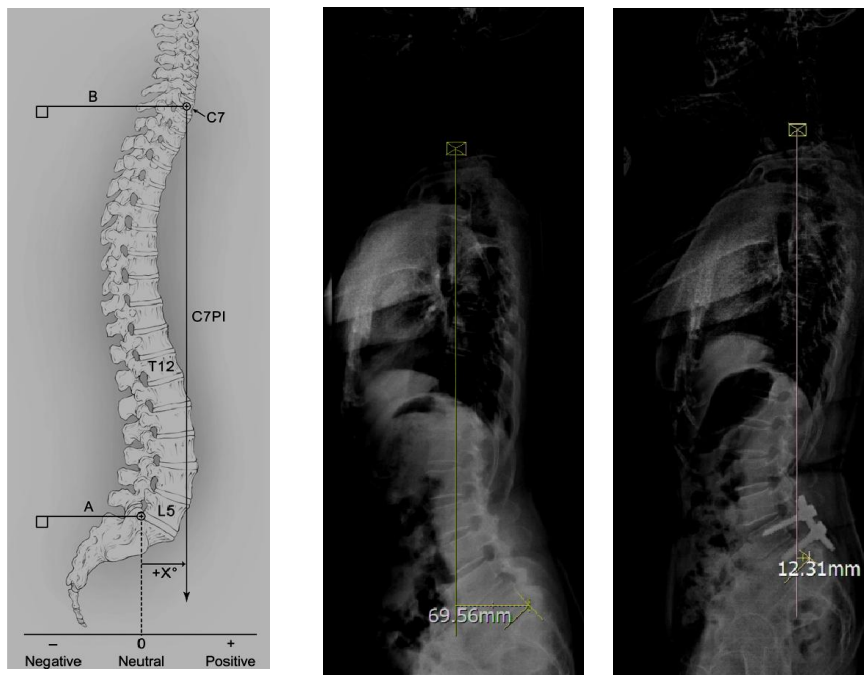
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ นายแพทย์วสันต์ มหาสันติปิยะ

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดตามหลักกระดูกสันหลังส่วนเอวเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความผิดปกติของ Sagittal alignment (SA) เช่น หลังค่อม (kyphosis) หลังแอ่น (hyperlordosis) ทั้งนี้การวัด SA ทำได้โดยวัดจากภาพรังสี C-7 plumbline (C7PI) โดยลากเส้นแนวตั้งจากจุดกึ่งกลาง body ของ C-7 vertebra แล้ววัดระยะห่างในแนว horizontal จากแนว C7PI กับ posterior superior aspect ของ S-1 vertebral body โดยค่าที่ได้จะเป็น positive ( + ) หรือ negative ( - ) ตามระยะห่างทาง anterior (kyphosis) หรือ posterior (hyperlordosis) ตามแต่ละกรณี ( รูปที่ 1 )



รูปที่ 1 การวัดค่า SA (ซ้าย), การวัดค่า SA ก่อนผ่าตัด (กลาง), หลังผ่าตัด (ขวา)

วัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของค่า SA ภายหลังการผ่าตัดตามหลักกระดูกสันหลังส่วนเอว โดยมีความพยายามที่ให้ค่า SA เข้าใกล้ศูนย์มากที่สุด ซึ่งจะสามารถแก้ไขภาวะ kyphosis หรือ hyperlordosis ของผู้ป่วยได้

## Moving together: The best for the most

## วิธีการศึกษา

วัดค่า SA ของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 2 เดือน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ (รูปที่ 1)

## ผลการศึกษา

ค่า SA ที่ได้จากจำนวนผู้ป่วย 13 ราย เป็นเพศชาย 3 ราย (23%) เพศหญิง 10 ราย (77%) ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 43 – 68 ปี แสดงผลตามตาราง

| Patient No. | เพศ | อายุ | SA ก่อนผ่า | SA หลังผ่า | ผลต่าง ( หน่วย cm ) |
|-------------|-----|------|------------|------------|---------------------|
| 1           | ญ   | 61   | +6.9       | +1.2       | 5.7                 |
| 2           | ญ   | 68   | -0.5       | -1.4       | 0.9                 |
| 3           | ญ   | 43   | +1.1       | +3.7       | 2.6                 |
| 4           | ช   | 56   | +1.5       | -1.0       | 2.5                 |
| 5           | ญ   | 62   | +1.5       | -0.2       | 1.7                 |
| 6           | ญ   | 53   | +4.3       | +3.6       | 0.7                 |
| 7           | ช   | 53   | +5.7       | +2.1       | 3.6                 |
| 8           | ญ   | 59   | +4.5       | +3.9       | 0.6                 |
| 9           | ช   | 60   | -2.5       | -0.1       | 2.4                 |
| 10          | ญ   | 64   | -0.1       | +0.6       | 0.7                 |
| 11          | ช   | 57   | +1.7       | +4.4       | 2.7                 |
| 12          | ญ   | 50   | +4.4       | +0.3       | 4.1                 |
| 13          | ญ   | 56   | -0.1       | -0.2       | 0.1                 |

## สรุป และอภิปราย

การเปลี่ยนแปลงของค่า SA อยู่ระหว่าง 0.1 – 5.7 cm โดยมีผู้ป่วยที่มีค่า SA เข้าใกล้ศูนย์ดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด 8 ราย (62%) (รายที่ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12) แย่ลง 3 ราย (23%) (รายที่ 2, 3, 11) ไม่เปลี่ยนแปลง 2 ราย (15%) (รายที่ 10, 13) จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วย 9 รายมีค่า SA ก่อนผ่าตัดเป็น + แสดงถึงภาวะ kyphosis ดังนั้นการผ่าตัดจึงควรพยายามตัดเหล็กตามกระดูกสันหลังให้มี lordosis มากขึ้นจะช่วยแก้ไขค่า SA หลังผ่าตัดได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Christopher P. Ames, Justin S. Smith, Justin K. Scheer, Shay Bess, S. Samuel Bederman, Veda t Deviren, et al: Impact of spinopelvic alignment on decision making in deformity surgery in adults , A review: J Neurosurg Spine 16:547–564, 2012

## Moving together: The best for the most

พัฒนาเครือข่ายผู้ติดสุรานินนามโดยใช้หลักการ 12 ขั้นตอน 12 ธรรมเนียมข้อปฏิบัติในโรงพยาบาล  
ธัญญารักษ์ขอนแก่น

สุพรรณยา งามชัด

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ผู้นำเสนอ

นางสุพรรณยา งามชัด

## บทคัดย่อ

## บทนำ

กลุ่มผู้ติดสุรานินนาม (Alcoholic Anonymous: AA) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ติดสุราให้สามารถหยุดดื่มสุราได้ ด้วยการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของผู้ติดสุราโดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้สนับสนุน และให้ความรู้ต่อนักพัฒนาเครือข่ายผู้ติดสุรานินนามจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้อย่างยั่งยืนด้วยหลักการ 12 steps, 12 traditions และต้องพัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่ควบคู่กันไป เพื่อให้มีการสนับสนุน และช่วยเหลือให้เป็นและถูกต้อง พัฒนาสมาชิกแกนนำ AA เพื่อให้สามารถขยายและพึ่งพาตัวเอง เข้าใจการทำ steps การเป็นพี่เลี้ยง และการรักษากลุ่ม ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบ หากได้มีการดำเนินงานไปควบคู่กัน ก็จะทำให้มีกลุ่ม AA ขึ้นแบบยั่งยืนในประเทศไทย ซึ่งจะช่วยในการแก้ไขปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ชุมชน ครอบครัว และตัวผู้ป่วยเองด้วยหยุดดื่มสุราได้อย่างยั่งยืนด้วยตัวของผู้ป่วยเองต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายผู้ติดสุรานินนามโดยใช้หลักการ 12 ขั้นตอน 12 ธรรมเนียมข้อปฏิบัติ ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

## วิธีการศึกษา

1. กิจกรรมในการพัฒนากลุ่ม AA โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น อำนวยเรื่องสถานที่ให้ทำกลุ่ม AA สำหรับคนไทย ทุกวัน จันทร์ – ศุกร์ เวลา 15.00-16.00 น. คือ กลุ่มบำบัดผู้ที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราแล้ว เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยความสมัครใจและผู้ที่ยุติดื่มสุราได้แล้วที่เคยเป็นผู้ผ่านการบำบัดมาเข้าร่วมกลุ่ม AA ด้วย เฉลี่ย วันละ 10-15 คน ลักษณะเป็นกลุ่มปิดเฉพาะผู้ติดสุรานินนาม

2. กิจกรรมกลุ่ม TSF (Twelve Steps Facilitator) คือ กลุ่มการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจในกิจกรรมกลุ่ม AA และ 12 ขั้นตอนในการหยุดดื่มสุราเป็นอย่างไร ผ่านการทำกิจกรรมบำบัดโดยบุคลากรที่ให้การบำบัด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ให้พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จัดกิจกรรมกลุ่มทุกวันเสาร์และอาทิตย์ ช่วงเวลา 13.30-14.30 น.

3. กิจกรรมกลุ่ม AA สัจจะ ลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน ในการไปร่วมจัดตั้งกลุ่มที่อยากเกิดในพื้นที่ต่างๆ ที่สมาชิกขอความร่วมมือมา ทั้งในภาครัฐและเอกชน

## ผลการศึกษา

จากการติดตามผลการดำเนินงาน 3 ปี พบว่า

1. จำนวนสมาชิกเก่าที่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสม่ำเสมอและทำ steps ควบคู่กับการหยุดดื่ม 60 คน (ใน 3 ปี)
2. จำนวนครั้งของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของสมาชิก AA 720 ครั้ง (ใน 3 ปี)

**Moving together: The best for the most**

3. จำนวนสมาชิกที่เป็นสปอนเซอร์ (พี่เลี้ยง) 20 คน (ใน 3 ปี)
4. จำนวนกลุ่ม AA และเครือข่ายที่เกิดขึ้นและยังคงดำเนินกลุ่ม 20 กลุ่ม
5. จำนวนครั้งของการจัดประชุมประจำปีนานาชาติ 6 ครั้ง
6. จำนวนครั้งของการจัดประชุมประจำปีส่วนภูมิภาค 6 ครั้ง
7. อัตราการหยุดดื่มมากกว่า 1 ปี 70%
8. อัตราการหยุดดื่ม 2 ปีขึ้นไป 60%
9. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับ AA และ 12 steps, 12 traditions 120 คน
10. จำนวนสมาชิก AA ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับ AA และ 12 steps, 12 traditions 120 คน

**ข้อเสนอแนะ**

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาเพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

## Moving together: The best for the most

ผลการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยการให้ยาแบบ Symptom triggered regimen ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราระดับปานกลางขึ้นไปที่ได้รับการประเมินและให้ยาด้วยตารางเวลาความถี่ที่แตกต่างกัน

บุญสนอง วงศ์ตาน้อย

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ นายแพทย์บุญสนอง วงศ์ตาน้อย

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepine โดยการบริหารยาแบบ Symptom-triggered regimen เป็นการให้ยาจากการประเมินอาการเป็นระยะ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการถอนพิษสุรา ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยการให้ยาแบบ Symptom-triggered regimen ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราที่ได้รับการประเมินและให้ยาด้วยตารางเวลาความถี่ที่แตกต่างกัน โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงปานกลางขึ้นไป (Moderate to severe withdrawal) ด้วยการให้ยาแบบ symptom-triggered regimen ที่ได้รับการประเมิน และให้ยาด้วยตารางเวลาความถี่ที่แตกต่างกัน

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบ Case control study ในการรักษาอาการถอนพิษสุราในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ในช่วงเดือนมกราคม 2556 – กรกฎาคม 2558 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV มีภาวะถอนพิษสุราระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนน CIWA-Ar  $\geq 8$ ) และได้รับการรักษาด้วยยา Benzodiazepine แบบ symptom-triggered regimen จำนวน 104 คน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการประเมินอาการและให้ยาทุก 4, 2, 1/2 ชั่วโมงตามความรุนแรง และกลุ่มที่ได้รับการประเมินอาการ และให้ยาทุก 2, 1, 1/2 ชั่วโมงตามความรุนแรง โดยประเมินผลการรักษาด้วยการประเมินตามแบบ CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol -revised version) และการวินิจฉัย Alcohol withdrawal delirium ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดสุรา 104 คน ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาด้วยยา Benzodiazepine ตาม symptom-triggered regimen แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 (52ราย) ได้รับการประเมิน และให้ยาตามระดับอาการ moderate severity ทุก 4 ชั่วโมง severe severity ทุก 2 ชั่วโมง และ extremely severity ทุก 1/2 ชั่วโมง และกลุ่มที่ 2 (52ราย) ได้รับการประเมิน และให้ยาตามระดับอาการ moderate severity ทุก 2 ชั่วโมง severe severity 1 ชั่วโมง และ extremely severity 1/2 ชั่วโมง ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาพบว่า การดำเนินโรคจาก moderate severity ไปสู่ severe severity ของกลุ่มที่ 1 จำนวน 18 ราย (34.6%) และกลุ่มที่ 2 จำนวน 22 ราย (42.30%) ไม่มีความแตกต่างกันแม้จะทำการปรับปรุงด้วยระยะเวลาในการดื่มสุรา (OR = 1.385; 95%CI = 0.627-3.062; p=0.420, Adjusted OR ด้วยระยะเวลาในการดื่มสุรา = 1.622; 95%CI = 0.708-3.716; p=0.253) เปรียบเทียบการเกิดภาวะ Alcohol withdrawal

**Moving together: The best for the most**

delirium กลุ่มที่ 1 เกิดภาวะ Alcohol withdrawal delirium จำนวน 14 ราย (26.90%) กลุ่มที่ 2 จำนวน 15 ราย (28.80%) พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม ( $OR = 1.100$ ;  $95\%CI = 0.467-2.594$ ;  $p=0.048$ , Adjusted  $OR$  ด้วยระยะเวลาในการดื่มสุรา  $= 1.269$ ;  $95\%CI = 0.520-3.094$ ;  $p=0.601$ ) ในกลุ่มที่ 2 พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ อาการชักจากภาวะขาดสุรา 1 ราย และภาวะ Benzodiazepine overdose 1 ราย และเมื่อเปรียบเทียบปริมาณยาที่ใช้ในการรักษาพบว่ากลุ่มที่ 1 ได้รับยา Lorazepam  $16.05 (\pm 37.34)$  มก. และกลุ่มที่ 2 ได้รับยา Lorazepam  $46.88 (\pm 58.41)$  มก. กลุ่มที่ประเมินด้วยตารางเวลาที่ถี่ขึ้น (กลุ่มที่ 2) มีการใช้ยา Lorazepam ในปริมาณที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.002$ ) สำหรับการได้รับยา haloperidol c และยา Diazepam injection ไม่แตกต่างกัน

**สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ**

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การรักษาผู้ที่มีอาการขาดสุราระดับ Moderate severity ด้วยยา Benzodiazepine แบบ symptom-triggered regimen กลุ่มที่ได้รับการประเมินและให้ยาตามอาการทุก 4, 2, ½ ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการประเมินและให้ยาตามอาการทุก 2, 1, ½ ชั่วโมง มีอัตราการเกิด severe alcohol withdrawal และ alcohol withdrawal delirium ไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มหลังมีปริมาณการใช้ยา Benzodiazepine ที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวชัดเจนในแง่ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่าย (ปริมาณยา ระยะเวลาในการรักษา) การรักษาด้วย Symptom-triggered regimen ในผู้ที่มีอาการขาดสุราระดับ Moderate severity ด้วยยา Benzodiazepine แบบ symptom-triggered regimen กลุ่มที่ได้รับการประเมิน และให้ยาตามอาการทุก 4, 2, ½ ชั่วโมง โดยมีแนวทางในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ (สสจ. รพท. รพช.) เพื่อเสนอแนะนโยบายดังกล่าว
2. พัฒนางค์ความรู้และทักษะการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราภาวะถอนพิษยาด้วยวิธี Symptom-triggered regimen แก่แพทย์ พยาบาล หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง
3. นิเทศ ติดตามการบำบัดรักษาด้วย Symptom-triggered regimen หลังจากอบรมที่ 3 เดือน และ 6 เดือน
4. สรุปผลการใช้ Symptom-triggered regimen ในโรงพยาบาล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และวางแนวทางแก้ไข

## Moving together: The best for the most

## ประสิทธิผลของกลุ่มการให้การปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรมที่มีต่อทัศนคติ ต่อยาบ้าของสมาชิกชุมชนบำบัด

ศิริพร ยาวีราช, ชัยณรงค์ ไชยชนะ, จิราณู เตปามูล, ปรียากร รักัญญะการ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ผู้นำเสนอ นางสาวศิริพร ยาวีราช

## บทคัดย่อ

## บทนำ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนเป็นหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด การบำบัดรักษายาเสพติดในรูปแบบบังคับบำบัดรักษาไม่ได้เกิดจากความสมัครใจทำให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดส่วนหนึ่งขาดการตระหนักรู้ถึงปัญหาการใช้ยาเสพติดและไม่ได้มองเห็นโทษของยาเสพติดอย่างแท้จริง ส่งผลให้ทัศนคติต่อยาบ้าในทางบวกยังคงดำเนินต่อไปและไม่ได้เกิดความคิดที่อยากจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของตนเอง ดังการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อยาบ้า<sup>2</sup> และการศึกษาเกี่ยวกับเจตคติต่อการเลิกยาเสพติด<sup>1</sup> จะเห็นได้ว่าผู้ที่ไม่ต้องการเลิกยาเสพติดย่อมมีทัศนคติต่อยาบ้าในทางบวก อันส่งผลถึงการไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา ทำให้ไม่สามารถได้รับประโยชน์จากกระบวนการบำบัดได้อย่างเต็มที่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม<sup>3</sup> เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดประหม่นและสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ผิดปกติดด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อยาเสพติด

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) รูปแบบ The Matching pretest posttest Control Group design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มการให้การปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อทัศนคติต่อยาบ้าของสมาชิกชุมชนบำบัด โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดยาบ้า (Amphetamine dependence) ในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย กลุ่มทดลอง 10 คนและกลุ่มควบคุม 10 คน ให้ทั้งสองกลุ่มทำแบบวัดทัศนคติต่อยาบ้า (Pre-test) กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติเมื่อดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นให้ทั้งสองกลุ่มทำแบบวัดทัศนคติต่อยาบ้า (Post-test) จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป กำหนดระดับการมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่สมมาตรจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ด้วย Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Mann U Whitney Test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำมาจากบทสนทนาในระหว่างการดำเนินกลุ่มการทดลองและบทสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างภายหลังการทำกลุ่ม



## Moving together: The best for the most

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกบำบัดยาโรงพยาบาล  
ธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ชัยณรงค์ ไชยชนะ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ผู้นำเสนอ นายชัยณรงค์ ไชยชนะ

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและสารเสพติดในตึกบำบัดยาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะขาดยา จะรู้สึกไม่สบาย เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้ารุนแรงจนถึงกับมีความคิดอยากตาย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ อัตราของอาการซึมเศร้าและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกถอนพิษยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนเพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการจัดทำแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการซึมเศร้าวางอย่างเหมาะสม

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2558 จำนวน 234 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่ง 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา/สารเสพติด และการประเมินอาการซึมเศร้า

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งเป็นสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 17.9 และมีประวัติการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.3 และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเสพติดแอลกอฮอล์และฝิ่น โรคแทรกซ้อนทางกาย และทางจิต และประวัติการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 17.9 และมีประวัติการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.3 ซึ่งสอดคล้องการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชร่วมของคนไทยในปี 2551 พบว่าความชุกของกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งรวมถึงโรคซึมเศร้าด้วย คิดเป็นร้อยละ 2.8 (พันธัญภา กิตติรัตน์ไพบุลย์และคณะ, 2551)

2. ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย มีอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 40.6) เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสีย ล้มเหลว หรือการประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2550) ผู้ป่วยที่ว่างงานไม่ได้ประกอบอาชีพประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 36.0)

**Moving together: The best for the most**

มีอาการซึมเศร้า และมีรายได้เพียงพอ (27.1) ผู้ที่ยากจนเศรษฐกิจที่บีบรัดตัวทำให้คนเกิดความเครียด ความทุกข์ ขาดการผ่อนคลาย และขาดความสะดวกสบายต่าง ๆ มีความสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย (ร้อยละ 27.6) และโรคแทรกซ้อนทางจิต (39.1) มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายและทางจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความเครียด ความกังวล ท้อแท้ หดหอยาลั้ หมดก้าล้งใจกั้บการดูแลรักษาอาการป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมีประวัติฆ่าตัวตายกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.0) สาเหตุใหญ่ที่ทำให้คนคิดอยากฆ่าตัวตายเกิดจากโรคซึมเศร้า เปื่อที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป คิดว่าตนเองผิด ไร้ค่า และคิดอยากฆ่าตัวตาย สอดคล้องกั้บการศีกษาของพิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ (2548) ที่ศีกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า และป้องกันกั้บการฆ่าตัวตาย

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรเฝ้าระวังในเรื่องของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทุกราย โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย
2. การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในตนเอง จัดการกับความรู้สึกสูญเสีย ล้มเหลว หรือการประสบกั้บเหตุการณ์ต่างๆที่ผ่านมาในอดีต เพิ่มความภาคภูมิใจในตัวเอง พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาที่จะเผชิญในชีวิตประจำวัน

**เอกสารอ้างอิง**

1. นันทวัช สิริธรรักษ์, ศรีนทิพย์ ศิริสุวรรณรัตน์, ศุภโชค สิงห์กันต์, ณัฏฐา สายแสว, พรจิรา ปรีวัชรากุล, ลักขณา ทองโชติ, .วรภัทร รัตอาภา. (2555). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 57(2), 185-198.
2. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, วรารณ จุฑา, และเกษราภรณ์ เคนบุผา. (2556). *ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศีกษาระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 21(1), 1-14.
3. พิเชฐ อุดมรัตน์, อภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี. (2548). *การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและป้องกันกั้บการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
4. อรุณพงศ์ไพศาล. (2550). *สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกั้บโรคซึมเศร้าในองค์ความรู้โรคซึมเศร้า : ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. หน้า 56-95. อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท.

## Moving together: The best for the most

การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวันในกลุ่มผู้ป่วยยาบ้า

จิราณู เตปามูล

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ผู้นำเสนอ นางสาวจิราณู เตปามูล

## บทคัดย่อ

## บทนำ

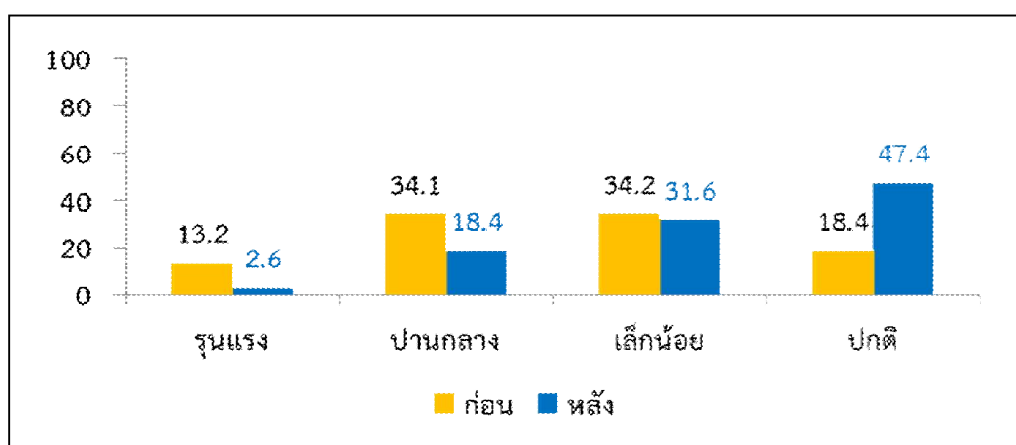
กลุ่มงานจิตวิทยา มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวันทุกรายในระยะประมาณ 14 วันแรก จึงมีความต้องการที่จะประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยยาบ้าก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อนำผลที่ได้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป วัตถุประสงค์การวิจัย 1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน 2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดรักษา

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (one group pre-posttest) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2558 – 10 มิถุนายน 2559 จำนวน 38 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า DI-Beck โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติอนุมาน ได้แก่ paired t test

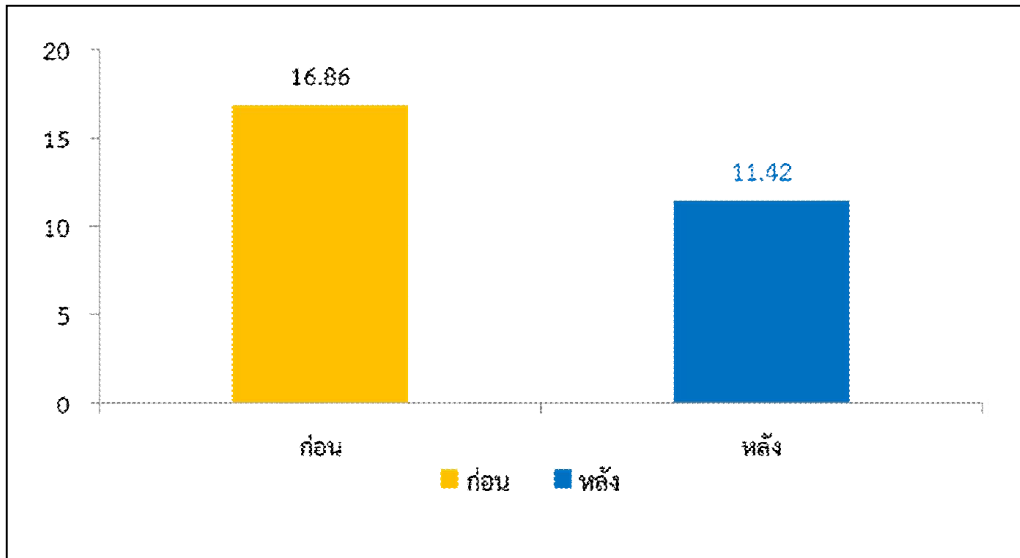
## ผลการศึกษา

กราฟเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยยาบ้า จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน



## Moving together: The best for the most

กราฟคะแนนเฉลี่ย จำแนกตามก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดรักษา  
ชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน



จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยยาบ้าก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน มีระดับภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางและเล็กน้อย ร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ ระดับปกติ และรุนแรง ร้อยละ 18.4 และ 13.2 ตามลำดับ และผู้ป่วยยาบ้าหลังเข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน มีระดับภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่อยู่ระดับปกติ ร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 31.6 18.4 และ 2.6 ตามลำดับ

ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดรักษาชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน พบว่า ผู้ป่วยยาบ้ามีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการบำบัดรักษาควรจัดกิจกรรมรายบุคคลหรือกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับรุนแรงหรือปานกลาง และควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดประเภทอื่นๆ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วย

## Moving together: The best for the most

การเปรียบเทียบประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่ระหว่างการใช้น้ำยาอมอดบุหรี่ หมากฝรั่งนิโคติน ยาแวนิคลิน และยานอร์ทริปไทลีน ในผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

กนิษฐา นิมสกุล

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ

นางกนิษฐา นิมสกุล เกษตรกรปฏิบัติการ

### บทคัดย่อ

#### บทนำ

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบันจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ 11.36 ล้านคน ซึ่งมีอัตราการสูบที่เพิ่มสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมา ปัจจุบันการช่วยเลิกบุหรี่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จให้มากขึ้น แต่ปัจจัยด้านราคาเป็นสาเหตุหนึ่งส่งผลต่อการพิจารณาเข้ารับการรักษาโดยใช้ยาเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย เนื่องจากการช่วยเลิกบุหรี่ควรใช้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ซึ่งยาแวนิคลินและหมากฝรั่งนิโคตินที่พบว่ามีประสิทธิภาพดีในการเลิกบุหรี่จัดเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้ป่วยไร้สิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านยาเอง อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนยังมียาในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ยานอร์ทริปไทลีน และน้ำยาอมอดบุหรี่ซึ่งผลิตโดยฝ่ายเภสัชกรรมและชันสูตรเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้น้ำยาอมอดบุหรี่ หมากฝรั่งนิโคติน ยาแวนิคลิน และยานอร์ทริปไทลีนเพื่อเป็นข้อมูลทางคลินิกในการเลือกช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

#### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ร.พ.ธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนที่มารับบริการเลิกบุหรี่ โดยใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประสิทธิผล และผลข้างเคียงจากยา เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ chi-square และ ANOVA

#### ผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้น้ำยาเลิกบุหรี่ที่แตกต่างกันมีผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 1 เดือนและ 2 เดือนไม่แตกต่างกัน ( $p=0.879$  และ  $p=0.261$  ตามลำดับ) โดยพบว่าผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 1 เดือนพบมากในกลุ่มที่ใช้น้ำยาแวนิคลินร้อยละ 41.7 รองลงมาคือกลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งนิโคตินหยุดสูบบุหรี่ร้อยละ 33.3 กลุ่มที่ใช้น้ำยานอร์ทริปไทลีนร้อยละ 28.6 และกลุ่มที่ใช้น้ำยาอมอดบุหรี่ย้อยละ 4.5 นอกจากนี้พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่ 1 เดือนไม่แตกต่างกัน แต่จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่ 2 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.002$ ) พบรายงานผลข้างเคียงจากการใช้น้ำยาแวนิคลิน เช่น อาการปากแห้ง, คอแห้งร้อยละ 25 และอาการท้องอืดร้อยละ 16.7 แต่ไม่พบรายงานอาการข้างเคียงจากการใช้น้ำยาตัวอื่น

**Moving together: The best for the most****สรุป และอภิปราย**

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของการเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกันในยาแต่ละตัว การพิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายอาจพิจารณาภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย หรือประวัติการเลิกบุหรี่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม และควรมีการพัฒนาแนวทางติดตามผู้ป่วยที่มารับบริการเลิกบุหรี่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่และติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยา

**ข้อเสนอแนะ**

1. ประสิทธิภาพของการเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกันในยาแต่ละตัว การพิจารณาให้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายอาจพิจารณาภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย หรือสิทธิการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม
2. ควรมีการพัฒนาแนวทางติดตามผู้ป่วยที่มารับบริการเลิกบุหรี่เพื่อติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวเช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินผลการรักษา ติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยาและการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่
3. ควรมีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อเพิ่มระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ชักจูงให้ผู้ป่วยหันมาเลิกสูบบุหรี่โดยดำเนินการตามแนวทาง 5A&3P และสนับสนุนความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพในการช่วยเลิกบุหรี่ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาและนักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น
4. ควรมีการรณรงค์หรือประชาสัมพันธ์การเลิกบุหรี่ในกลุ่มวัยทำงานให้มากขึ้น

## Moving together: The best for the most

พฤติกรรมการณ์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ปรียากร ลังกา

โรงพยาบาลรัฐราษฎร์แม่ฮ่องสอน

ผู้นำเสนอ นางปรียากร ลังกา

### บทคัดย่อ

#### บทนำ

สภาพการณ์ที่น่าตกใจที่เกิดขึ้นในสังคมไทย พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15 – 24 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น โดยกลุ่มผู้ที่เริ่มบริโภคที่เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด ผู้หญิงวัย 15-19 ปี ซึ่งเป็นผู้ดื่มประจำถึงร้อยละ 14.1 (ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการณ์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากพฤติกรรมการณ์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดแม่ฮ่องสอนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

#### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในภาคเรียนที่ 1 ของปีการศึกษา 2559 โรงเรียนห้องสอนศึกษาในพระอุปถัมภ์ฯ จากจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,643 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran (1953) ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 280 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่มีคำถามชนิดปลายปิดและปลายเปิด โดยแบ่ง 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2559 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุ 10-15 ปี เพราะอยากลอง และสาเหตุที่ยังคงดื่มอยู่คือเพื่อนชวน โดยเปียร์เป็นเครื่องดื่มที่ชอบมากที่สุด ความถี่ในการดื่ม ประมาณ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนใหญ่ดื่มร่วมกับเพื่อนในช่วงเย็น และดื่มในโอกาสงานเลี้ยงสังสรรค์ มีค่าใช้จ่ายในการดื่มเฉลี่ยน้อยกว่า 100 บาท และไม่ใช้ยา/ยาเสพติดอื่นร่วม ไม่เคยได้รับผลกระทบหลังการดื่ม ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

## Moving together: The best for the most

| ข้อมูลทั่วไป     | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------|------------|--------|
| ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ | 234        | 88.3   |
| ดื่มแบบเสี่ยง    | 21         | 7.9    |
| ดื่มแบบอันตราย   | 9          | 3.4    |
| ติด              | 1          | 0.4    |

## สรุป และอภิปราย

1. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรกอยู่ในช่วง 10-15 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี อังษณางค์กรชัยและคณะ (2551) ที่พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก 12.6 ปี โดยสาเหตุหลักที่ดื่มคือความอยากรู้อยากลอง และสาเหตุที่ยังคงดื่มอยู่เพราะเพื่อนชวน ซึ่งอายุในช่วงดังกล่าวเป็นพัฒนาการช่วงแรกของวัยรุ่น สอดคล้องกับชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ที่ว่าช่วงวัยรุ่นจะมีความต้องการเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อนสูง และมักจะเลือกกลุ่มเพื่อนที่มีอะไรคล้ายๆตนเองหรือเป็น แบบที่ตนเองอยากเป็น การเรียนรู้วัยรุ่นจึงสามารถเรียนรู้ได้ผ่านกลุ่มเพื่อน

2. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนิยมดื่มเบียร์ ซึ่งเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถหาซื้อได้ง่าย สอดคล้องกับพงษ์ศักดิ์ อันมอย (2553) ที่พบว่าเครื่องดื่มครั้งแรกของเยาวชนชายและเยาวชนหญิง คือ เบียร์ โดยมีความถี่ในการดื่มสัปดาห์ละครั้ง ส่วนใหญ่ดื่มในช่วงเวลาเย็น ในงานเลี้ยงสังสรรค์ หรือบ้านเพื่อน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของชุมชนในปัจจุบัน ทำให้เยาวชนมีโอกาสเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น พรณภามาศ ศิริสวัสดิ์ (ม.ป.ป.)

3. ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับการดื่มแบบที่มีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 88.3 สอดคล้องกับ พรณภามาศ ศิริสวัสดิ์ (ม.ป.ป.) ที่พบว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 51.75

## ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมบทบาทของสถาบันครอบครัวในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน

2. การพัฒนาหลักสูตรสำหรับครูผู้สอนในการให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษาเบื้องต้นในการดูแลนักเรียนในกลุ่มเสี่ยง

## Moving together: The best for the most

ศึกษาความต้องการและความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด ที่ผ่านการบำบัดระยะแรกรับชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน

ณัฐพล โกมลรัตน์

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ผู้นำเสนอ นายณัฐพล โกมลรัตน์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ในการดูแลผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัดอุบัติการณ์ผู้ป่วยหลบหนีออกจากสถานบำบัดเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญและมักเกิดขึ้นบ่อยครั้ง โดยจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะแรกรับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหลบหนีเกิดจากปัญหาความไม่เข้าใจในรูปแบบการรักษาบำบัดในรูปแบบชุมชนบำบัดและการที่ไม่ได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการและความพึงพอใจในการรับบริการ ของผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด เพื่อให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และประเมินการให้บริการของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนว่าสามารถให้การตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับการบำบัด มีทัศนคติที่ดี และมีความสุขในการอยู่บำบัดรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์หลบหนี ทำให้ผู้ป่วยอยู่ครบกำหนดการบำบัดรักษา เพื่อที่จะสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบพรรณนา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด ที่ผ่านการบำบัดระยะแรกรับชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวันโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2559 – 31 พฤษภาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่ง 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การวัดระดับความต้องการในการรับบริการและการวัดระดับความพึงพอใจในการรับบริการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้านความต้องการในการรับบริการ เท่ากับ 0.78 และด้านความพึงพอใจในการรับบริการเท่ากับ 0.80 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด ที่ผ่านการบำบัดระยะแรกรับ ในเวลาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2559 – 31 พฤษภาคม 2559 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการศึกษา

ด้านความต้องการในการรับบริการ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในภาพรวมของระดับความต้องการในการรับบริการ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 2.70) และด้านความพึงพอใจในการรับบริการ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 2.64)

## Moving together: The best for the most

## สรุป และข้อเสนอแนะ

ด้านความต้องการในการรับบริการ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในภาพรวมของระดับความต้องการในการรับบริการ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการรับบริการจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ ความปลอดภัยในทรัพย์สินที่ได้ฝากกับเจ้าหน้าที่ไว้ในขณะอยู่บำบัดรักษา ( $\bar{x}$  = 2.95) รองลงมาคือการได้ดื่มและใช้น้ำที่เพียงพอ ( $\bar{x}$  = 2.91) และการได้ดื่มและใช้น้ำที่สะอาด ( $\bar{x}$  = 2.88)

ควรมีการทำงานร่วมกันในลักษณะทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และพัฒนาระบบการดูแลรักษาทรัพย์สินของผู้ป่วยที่ได้ฝากกับเจ้าหน้าที่ไว้ในขณะอยู่บำบัดรักษา มีระบบการจัดการดูแลในด้านอาหารและน้ำที่ใช้อุปโภคให้เพียงพอ รวมทั้งส่งเสริมในด้านเสื้อผ้าและอุปกรณ์ต่างๆ ให้มีจำนวนที่เพียงพอ เหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

1. กัลยา เดชาวุฒิ. (2548). ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยประกันสังคมต่อบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่.
2. ดนัย จานงค์พิพัฒน์ และคณะ. (2555). ประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีการชุมชนบำบัด ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนบำบัดบ้านแสงตะวัน. โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. บังอร บุญรักษาสัตย์. (2533). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่เข้ารับการบำบัดรักษาขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี.
4. วิไลรัตน์ สิริฤกษ์สกุล. (2549). สุขภาพจิตและความพึงพอใจที่มีต่อการบริการของผู้ป่วยยาเสพติดระบบบำบัดบำบัดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถาบันธัญญารักษ์.
5. Rattana Deepanya. (2009). ความคาดหวังในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่สถาบันธัญญารักษ์.

## Moving together: The best for the most

## ผลของกิจกรรมการอาชีวบำบัดต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

สมศักดิ์ เชิดชู, วิศัลยา วงศ์กุลวิจิตร และ กนกลักษณ์ ชื่นบาน

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ผู้นำเสนอ นายสมศักดิ์ เชิดชู

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) เป็นการลดระยะเวลาสำหรับการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาในผู้ป่วยติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อเข้ารับการรักษาจะต้องเผชิญกับหลายสิ่งหลายอย่าง เช่น การปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนใหม่ และต้องเผชิญกับปัญหาอยู่ทุกวันต้องสร้างระเบียบให้แก่ตนเอง ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งไม่ถูกต้องตามที่เคยปฏิบัติในสังคมภายนอก โดยการใช้รูปแบบการเผชิญหน้า (Confrontation) เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นกระบวนการพัฒนาชีวิตให้ดำเนินไปเป็นครอบครัวของกลุ่มผู้เสพติดด้วยกัน การรักษาในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจตลอดจนความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตเข้ากับสังคมภายนอกได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการอาชีวบำบัดต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 36 ราย เครื่องมือที่ใช้แบบวัดการจัดการตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ที่ได้จัดทำร่วมกับ ผศ.ก.บ.ศุภลักษณ์ เข้มทอง คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ได้มีการนำมาทดลองปรับใช้ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test

## ผลการศึกษา

กิจกรรมการอาชีวบำบัดต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดในรายทักษะ พบว่าทักษะการดำรงชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่มควบคุมได้คะแนน 3.817 กลุ่มทดลองที่ 1 ได้คะแนน 3.062 และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้คะแนน 5.498 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยที่กลุ่มทดลองที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยในทักษะการดำรงชีวิตประจำวันหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ 1, ทักษะเฉพาะบุคคล และทักษะทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่มควบคุมได้คะแนน 1.831 กลุ่มทดลองที่ 1 ได้คะแนน 3.841 และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้คะแนน 4.738 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยที่กลุ่มทดลองที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยในทักษะเฉพาะบุคคล และทักษะทางสังคมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ 1 ทักษะในการประกอบอาชีพก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่มควบคุมได้คะแนน 2.091 กลุ่มทดลองที่ 1 ได้คะแนน 2.356 และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้คะแนน 3.861 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยที่กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเอง

**Moving together: The best for the most**

ในทักษะในการประกอบอาชีพหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ 1 และทักษะการจัดการตนเองรวมทุกรายทักษะมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่มควบคุมได้คะแนน 2.51 กลุ่มทดลองที่ 1 ได้คะแนน 2.903 และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้คะแนน 2.982 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยที่กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองทุกรายทักษะหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองทุกรายทักษะภายในกลุ่มและนอกกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองต่างๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองทุกรายทักษะหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

**สรุป และอภิปราย**

กิจกรรมการทำผ้าบาติกโบราณมีประสิทธิภาพ ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมการทำผ้าบาติกเพียงอย่างเดียว และกิจกรรมการทำผ้าบาติกโบราณคู่กับกิจกรรมการทำผ้าบาติก ในส่วนของการจัดการตนเอง ซึ่งได้รับกิจกรรมการทำผ้าบาติกโบราณเพียงอย่างเดียว มีคะแนน ทักษะการจัดการตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงว่ากิจกรรมอาชีพบำบัดต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มทดลองในงานวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะในเรื่องการจัดการตนเองที่เหมาะสม สม

**ข้อเสนอแนะ**

จากการทดลองใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรปรวนของข้อมูลแบบ ANOVA เนื่องจากมีกลุ่มประชากรที่น้อย ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในเรื่องนี้ต่อไปในส่วนของโรงพยาบาล ธัญญารักษ์ส่วนภูมิภาค เพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพ สร้างความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือ ให้กับผู้ที่จะนำกิจกรรมอาชีพบำบัดนี้มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด และเป็นการเพิ่มทางเลือกใหม่ในการอาชีพบำบัดผู้ป่วยต่อไป

## Moving together: The best for the most

## Association between ERCC1 Gene Polymorphisms and Breast Cancer Risk in Thai Women in the Lower Northeastern Region.

Kamol Wisuwan<sup>1</sup>, Malinee Pongsavee<sup>2</sup>, Danai Tiwawech<sup>3</sup>.<sup>1</sup>Ubonratchathani Cancer Hospital, <sup>2</sup>Faculty of Allied Health Sciences, Thammasat University,<sup>3</sup>Faculty of Medical Science, Naresuan University

Presented by Mr. Kamol Wisuwan

## ABSTRACT

## Background

Breast cancer is one of the most common malignancy diseases among women worldwide. It is an important problem in many countries including Thailand. About 1.38 million new breast cancer cases were diagnosed in 2008 which was accounted for 25% of all cancers.<sup>(1)</sup> In Thailand, the highest incidence of breast cancer in Thai women was 28.6 per 100,000 populations.<sup>(2)</sup> The etiological data of breast cancer showed that drinking alcohol, having a family history of breast cancer, complex interplay of genetics, environmental exposures, hormones and behaviors may contribute to breast carcinogenesis.<sup>(3)</sup> The excision repair cross-complimentary group 1 gene (*ERCC1*) is part of the nucleotide excision repair (NER) pathway, which is usually indicated to be involved with repaired DNA. In recent years, several *ERCC1* variants such as rs11615, rs321986 and rs321961 have been reported to be associated with an increased risk of lung cancer, colorectal cancer and head and neck cancer.<sup>(4)</sup> One study conducted in China with 461 breast cancer cases demonstrated that *ERCC1* rs11615 AA genotype was associated with increased breast cancer risk at 1.62 fold.<sup>(5)</sup> However, there is no report about *ERCC1* polymorphisms associated with breast cancer risk in Thailand. Therefore, study on *ERCC1* polymorphisms and clinical pathology associated with breast cancer risk in the lower Northeastern region women of Thailand is the main purpose of this research.

## Methods

One hundred fifty one samples from breast cancer patients and 120 samples from healthy control group were analysed. Genomic DNA was extracted from white blood cell of all samples. The real-time polymerase chain reaction (q-PCR) was used to demonstrate genetic polymorphisms of *ERCC1*. This study was ethically approved by the local Ethical Committee of Thammasat University, Thailand. (EC 072/2558) and Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand (EC 008/2015).

## Moving together: The best for the most

### Results

The study included 271 subjects with 151 patients of breast cancer (mean age  $52.8 \pm 9.4$  years) and 120 healthy controls (mean age  $48.8 \pm 10.6$  years). The results show that the *ERCC1* polymorphisms variant AG was associated with an increased risk of breast cancer. The *ERCC1* polymorphisms variant AG carrier presents 3.53-folds high risk of breast cancer [odds ratio (OR) = 3.53 (95% CI = 1.61-7.74,  $p = 0.001$ )]. In addition, when age, menopause period, number of child, smoking and drinking were adjusted, the *ERCC1* rs11615 variant AG carrier was associated with increased breast cancer risk to 3.79 folds, OR = 95% CI = 1.62-8.84,  $p = 0.002$ .

### Discussion

In this study, we have found that polymorphisms in *ERCC1* rs11615 associated with increased risk of breast cancer in Thai population. Hosseini et al.,(2012) conducted the study with 300 breast cancer of Iranian women reported that the *ERCC1*rs3212981A/A genotype was associated with increasing of breast cancer risk.<sup>(7)</sup> Pei et al.,(2014) studied in China women with reported that *ERCC1* rs11615 was associated with increased risk of breast cancer.<sup>(8)</sup> Another study conducted in the United States with 1053 breast cancer cases and 1102 healthy controls reported that *ERCC1*rs3212986 C/A was associated with increased risk of breast cancer.<sup>(9)</sup> Another study conducted in Korean population with reported that *ERCC2*rs50872 TC genotype show significant effects on breast cancer.<sup>(10)</sup> Our study found that *ERCC1* rs11615AG genotype was associated with a 3.53 foldsof breast cancer risk and adjusting for the potential risk factor of age, menopause period, number of child, smoking, drinking was associated with a 3.79 folds of breast cancer risk.

### Conclusions

We found that the *ERCC1* rs11615polymorphisms correlated with an increased risk of breast cancer in Thai population. Further studies with a large sample size may contribute to further elucidate the impact of *ERCC1*rs11615polymorphisms on the risk of breast cancer.

## Moving together: The best for the most

## การเกิดไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

นิตา เมตจิตกุล, พชยา ภัคจิรสกุล และ สกฤมาศ วชิรโสภณกิจ

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผู้นำเสนอ นางนิตา เมตจิตกุล

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากผลข้างเคียงจากการรักษา หรือจากการรักษาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต่ำในร่างกายต่ำ ทั้งนี้หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ร่างกายติดเชื้อได้ง่าย และอาจจะเสียชีวิตได้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการเกิดไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

## วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งที่มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (febrile neutropenia) ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2559 จำนวน 60 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล febrile neutropenia วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

## ผลการศึกษา

ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นเพศชาย มีอายุในช่วง 22 – 83 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากที่สุด เมื่อแยกตามชนิดโรคมะเร็ง พบมากในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก ร้อยละ 28.3 รองลงมา ได้แก่ มะเร็งศีรษะและลำคอ ร้อยละ 20 และมะเร็งปอด ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดพบการเกิดไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมากที่สุด ร้อยละ 60 และเมื่อแยกตามระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพบในผู้ป่วยมะเร็งที่มีค่าสัมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาว (ANC)  $101 - 500 \text{ cell/mm}^3$  มากที่สุดร้อยละ 40 จากผลการเพาะเชื้อพบตำแหน่งที่ติดเชื้อได้แก่ ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ร้อยละ 33.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 25 และระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ชนิดของเชื้อที่พบมากที่สุดเป็น normal flora ทั้งนี้ไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือดและไม่พบการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้

## สรุป และข้อเสนอแนะ

ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำส่วนมากพบในผู้ป่วยมะเร็งในวัยสูงอายุ และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำที่อาจรุนแรงต่อชีวิตได้

**Moving together: The best for the most**

**การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Contrast-Induced Nephrotoxicity (CIN) ในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) กลุ่มงานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**

สมชาย สว่างศรี, นัยนา ไบยา, วงศ์ผกา ใจมาบุตร, สุดารัตน์ ชัยชมวงศ์ และ อำพร พิระแสน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ผู้นำเสนอ** นางสาวสุดารัตน์ ชัยชมวงศ์

**บทคัดย่อ****บทนำ**

ภาวะ Contrast-Induced Nephrotoxicity (CIN) คือ ภาวะไตเสื่อมลงหลังจากได้รับสารทึบรังสี เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะไม่มีแสดงอาการ แต่จะมีการเพิ่มขึ้นของระดับค่า  $Cr \geq 0.5$  mg/dl หรือ  $\geq 25\%$  จากค่าพื้นฐานในระยะเวลา 3-7 วันหลังจากได้รับสารทึบรังสี และกลับมาสู่ระดับที่เริ่มต้นก่อนฉีดใน 10-14 วัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะ CIN ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง ( $GFR < 45$  mL/min)

**วิธีการศึกษา**

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม REDCap ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2559 ศึกษาในผู้ป่วยที่มีค่า  $GFR < 45$  mL/min ที่ได้รับการฉีดสารทึบรังสีจากการตรวจ CT scan และได้รับการตรวจติดตามค่า Cr หลังการตรวจ CT scan ในระยะเวลา 7 วัน มีจำนวน 246 ราย เกณฑ์ในการประเมินภาวะ CIN คือ ผู้ป่วยมีการเพิ่มขึ้นของค่า  $Cr \geq 0.5$  mg/dl หรือ  $\geq 25\%$  จากค่าพื้นฐาน ในระยะเวลา 7 วันหลังจากได้รับสารทึบรังสี ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการศึกษา**

อุบัติการณ์การเกิดภาวะ CIN ในผู้ป่วยที่มีค่า  $GFR < 45$  mL/min หลังได้รับสารทึบรังสีจากการตรวจ CT scan และได้รับการติดตามค่า Cr หลังได้รับสารทึบรังสีในระยะเวลา 7 วัน พบว่า มีจำนวน 14 ราย ที่เกิดภาวะ CIN คิดเป็นร้อยละ 5.69 อายุเฉลี่ย  $65.71 \pm 4.56$  ปี อายุต่ำสุด 56 ปี สูงสุด 73 ปี จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีค่า  $GFR < 45$  mL/min ทุกรายได้รับการเตรียมตัวก่อนและหลังเข้ารับการตรวจดังนี้ คือ ผู้ป่วยจำนวน 96 ราย (39.02%) ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนและหลังตรวจ CT scan พบภาวะ CIN จำนวน 5 ราย (5.21%) และผู้ป่วยจำนวน 150 ราย (60.98%) ได้รับคำแนะนำให้ดื่มน้ำก่อนและหลังทำการตรวจ CT scan พบว่าเกิดภาวะ CIN จำนวน 9 ราย (6%)

**สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ**

อุบัติการณ์การเกิดภาวะ CIN ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า  $GFR < 45$  mL/min ที่ได้รับการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำจากการตรวจ CT scan มีจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.69 (14/246 ราย) ซึ่งผลการศึกษา มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Katzberg และคณะ ได้ศึกษาการเกิดภาวะ CIN ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องเกิดภาวะ CIN ร้อยละ 5 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Lencioni และคณะ

**Moving together: The best for the most**

พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะ CIN มีค่าร้อยละ 4.73 (8/169 ราย) และร้อยละ 7.14 (2/28 ราย) ในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง และในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องร่วมกับมีโรคเบาหวานร่วมด้วยตามลำดับ การศึกษานี้ได้ใช้วิธีการเตรียมผู้ป่วย 2 วิธีด้วยกัน ได้แก่ การให้สารน้ำ 0.9% NSS ทางหลอดเลือดดำก่อนและหลังตรวจ CT scan 12 ชั่วโมง (IV hydration) หรือแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตรก่อนเข้ารับการตรวจ CT scan 1 วัน และให้ดื่มน้ำอีกอย่างน้อย 2 ลิตร เป็นเวลา 2 วัน หลังจากทำตรวจ CT scan (Oral hydration) โดยแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้พิจารณาว่าจะให้เตรียมผู้ป่วยแบบใด จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้ผ่านการเตรียมตัวก่อนและหลังเข้ารับการตรวจ CT scan แล้ว แต่ก็ยังเกิดภาวะ CIN หลังการฉีดสารทึบรังสีได้ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการฉีดสารทึบรังสีจากการตรวจ CT scan จึงควรมีการตรวจติดตามดูการทำงานของไตเป็นระยะๆ หลังการตรวจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง

**เอกสารอ้างอิง :**

1. Lencioni R, Fattori R, Morana G and Stacul F. Contrast-induced nephropathy in patients undergoing computed tomography (CONNECT) - a clinical problem in daily practice? A multicenter observational study. Acta Radiol 2010; 51: 741-350.
2. Katzberg RW and Barrett BJ. Risk of iodinated contrast media-induced nephropathy with intravenous administration. Radiology 2007; 243 (3): 622 – 628.

**Moving together: The best for the most**

**คุณภาพของภาพจากการพัฒนาแนวทางการถ่ายภาพทางรังสีตรวจสอบความถูกต้องก่อนการฉายรังสีบริเวณ  
เต้านม**

สุรศักดิ์ ตามล และ เจตชฎา โสกาแปง

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ผู้นำเสนอ** นายสุรศักดิ์ ตามล

**บทคัดย่อ****บทนำ**

จากสถิติโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง สูงถึง 650 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2558 ในปี 2560 เริ่มมีการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ด้วยการฉายรังสีที่มีความถูกต้องแม่นยำสูง (เทคนิคIMRT) จึงต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการฉายรังสี (Verification) โดยการใช้รังสีพลังงานสูงจาก เครื่องฉายรังสีถ่ายภาพบริเวณที่จะตรวจสอบลงบนตัวรับภาพ (EPID:Electronic portal imaging device) จากการ Verification แบบเดิมที่ผ่านมานั้นไม่สามารถทำให้เห็นภาพชัดเจนเพียงพอ ส่งผลให้การรักษามีความแม่นยำต่ำ ทำให้ตำแหน่งที่ฉายรังสีอาจไม่ได้รับรังสีที่ถูกต้อง อวัยวะข้างเคียงได้รับรังสีเกินกว่าที่กำหนด และอาจส่งผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้นการวิจัยนี้จะทำการปรับวิธีการในการทำ Verificationเทคนิค Double Exposure โดยปรับเปลี่ยนขนาดของพื้นที่ลำรังสี และปริมาณรังสี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของภาพ และเปรียบเทียบผลจากการใช้แนวทางการถ่ายภาพทางรังสีตรวจสอบความถูกต้องก่อนการฉายรังสี

**วิธีการศึกษา**

ทำการทดลองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 30 ราย ในครั้งแรกตรวจสอบความถูกต้องก่อนการฉายรังสี (Verification) ด้วยเทคนิคเดิมคือ บันทึกภาพด้วยEPID ถ่ายภาพผู้ป่วยก่อนฉายรังสี โดยผู้ป่วยอยู่ในท่าฉายรังสี นำ EPID ไปวางตั้งฉากกับทิศทางรังสีที่ออกจากตัวผู้ป่วย ใช้เทคนิค DoubleExposure คือใช้พลังงานรังสี 6MV ครั้งแรกเปิดขนาดลำรังสีเฉพาะบริเวณที่รักษา ขนาด 10×10 cm. ใช้ปริมาณรังสี 2 MU หลังจากนั้น เปิดขนาดลำรังสีกว้างขึ้น 14×14 cm. ใช้ปริมาณรังสี 2 MU ในครั้งถัดมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนการฉายรังสี (Verification) ด้วยเทคนิคใหม่คือ บันทึกภาพด้วยEPID ถ่ายภาพผู้ป่วยขณะฉายรังสี โดยผู้ป่วยอยู่ในท่าฉายรังสี นำ EPID ไปวางตั้งฉากกับทิศทางรังสีที่ออกจากตัวผู้ป่วย ใช้เทคนิค Double Exposure คือใช้พลังงานรังสี 6 MV ครั้งแรกเปิดขนาดลำรังสีขนาดกว้างขึ้น20×20 cm.ใช้ปริมาณรังสี 1 MU หลังจากนั้น เปิดขนาดลำรังสีเฉพาะ บริเวณที่รักษา ขนาด 16×16 cm. ใช้ปริมาณรังสี 3 MU เปรียบเทียบภาพระหว่างเทคนิคเดิมและเทคนิคใหม่

**ผลการศึกษา**

คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพของภาพจากการใช้แนวทางการถ่ายภาพทางรังสีเทคนิคเดิม โดยนักรังสีเทคนิค จำนวน 3 คน ทำการประเมินภาพผู้ป่วย 30 คน คือ 9.21 คะแนน จาก 20 คะแนน และ คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพของภาพจากการใช้แนวทางการถ่ายภาพทางรังสีเทคนิคใหม่โดยนักรังสีเทคนิคจำนวน 3 คน ทำการประเมินภาพผู้ป่วย 30 คน คือ 15.89 คะแนนจาก 20 คะแนน ซึ่งคะแนนจากทั้งสองเทคนิคมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนจากเทคนิคใหม่สูงกว่าคะแนนจากเทคนิคเดิม

Moving together: The best for the most

สรุป และข้อเสนอแนะ

การทดลองการใช้แนวทางการถ่ายภาพทางรังสีเทคนิคใหม่สำหรับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการฉายรังสีบริเวณเต้านม มีคุณภาพของภาพที่ดีกว่าแนวทางการถ่ายภาพทางรังสีเทคนิคเดิม

**Moving together: The best for the most****ปัจจัยการจัดเตรียมเวชระเบียนนัดไม่ครบถ้วน**

อารดา ปาวงค์ และ วิลาวรรณ พรหมปิงเครือ

โรงพยาบาลมะเร็งบ้าง

ผู้นำเสนอ นางวิลาวรรณ พรหมปิงเครือ

**บทคัดย่อ****บทนำ**

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมะเร็งบ้างมีหน้าที่หลักในการสืบค้น จัดเตรียมเวชระเบียนของผู้ป่วยนัดในแต่ละกลุ่มงานให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ตามที่กำหนดเพื่อเอื้อต่อการให้บริการของบุคลากรทางแพทย์และการรับบริการของผู้ป่วย จากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยมะเร็งบ้างใหม่ ณ โรงพยาบาลมะเร็งบ้าง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 – 2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ต่อปี<sup>1</sup> ส่งผลให้การจัดเตรียมเวชระเบียนเพิ่มขึ้น จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาการจัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยนัดไม่ครบถ้วนก่อให้เกิดปัญหา อาทิ เช่น ผู้ป่วยต้องมารอรับเวชระเบียนขณะที่พบแพทย์ ในบางครั้งผู้ป่วย รอเวชระเบียนนาน กรณีที่เวชระเบียนไม่ได้อยู่ห้องเก็บแฟ้ม อาจทำให้มีการเปิดเผยประวัติผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยถือเวชระเบียน ด้วยเหตุนี้งานเวชระเบียนและสถิติ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสาเหตุของเวชระเบียนที่ไม่ได้จัดเตรียมนัดทั้งหมดของโรงพยาบาลมะเร็งบ้าง ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2559 เพื่อที่จะนำสาเหตุของปัญหาที่พบจากการจัดเตรียมเวชระเบียนของผู้ป่วยนัดนำไปพัฒนาให้สามารถจัดเตรียมเวชระเบียนนัดให้ครบถ้วนต่อไป

**วิธีการศึกษา**

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ จำนวนแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยนัดทั้ง 3 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเคมีบำบัด กลุ่มงานรังสีรักษา ในช่วงเดือนเมษายน 2559 – สิงหาคม 2559 มีจำนวนทั้งหมด 8,095 แฟ้ม ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบรายงานการจัดเตรียมแฟ้ม 2) โปรแกรมระบบรายงาน HOSxP ของโรงพยาบาลมะเร็งบ้าง และได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป spss for window ประมวลผลค่าทางสถิติ ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลที่นำมาศึกษาหาสาเหตุของการจัดเตรียมเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

**ผลการศึกษา**

พบเวชระเบียนของผู้ป่วยนัดที่ไม่ได้จัดเตรียม 3 กลุ่มงาน ทั้งหมดจำนวน 97 แฟ้ม คิดเป็นร้อยละ 1.20 (97/8,095) ของจำนวนแฟ้มทั้งหมดที่ได้นำมาศึกษา กลุ่มงานที่ไม่ได้จัดเตรียมเวชระเบียนของผู้ป่วยนัดไม่ครบมากที่สุดคือ กลุ่มงานรังสีรักษา จำนวน 64 แฟ้ม (ร้อยละ 0.79) รองลงมาคือกลุ่มงานผู้ป่วยนอก จำนวน 26 แฟ้ม (ร้อยละ 0.32) และกลุ่มงานเคมีบำบัด จำนวน 7 แฟ้ม (0.09) ตามลำดับ เมื่อแยกประเภทสาเหตุของการจัดเตรียมเวชระเบียนของผู้ป่วยนัดไม่ครบถ้วนทั้ง 3 กลุ่มงาน ได้ทั้งหมด 9 สาเหตุ สำหรับสาเหตุที่ทำให้การจัดเตรียมเวชระเบียนของผู้ป่วยนัดไม่ครบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยมีการนัดผ่านระบบ call center จำนวน 37 แฟ้ม (ร้อยละ 0.46) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยมีการนัดเพิ่มหลังจากพ้นรอบการค้นแฟ้มนัด จำนวน

**Moving together: The best for the most**

24 แพ้ม (ร้อยละ 0.30) ผู้ป่วยมีการนัดต่อเนื่องแล้วมีการคืนแฟ้มกลับไปงานเวชระเบียน จำนวน 14 แพ้ม (ร้อยละ 0.17)

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

จากการศึกษาในครั้งนี้ได้ทราบสาเหตุของการเตรียมเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงขอเสนอการนำข้อมูลเพื่อไปพัฒนา ซึ่งอาจจะมีประโยชน์ต่อ การจัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยนัดในอนาคตดังนี้

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยนัด
2. พัฒนาโปรแกรมการจัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยนัด
3. ส่งเสริมการบริหารทรัพยากรขององค์กรอย่างคุ้มค่า ประหยัด สามารถลดอัตราการขอเวชระเบียนผู้ป่วยนัด

หลังจากการแก้ไขปัญหาด้วยข้อเสนอแนะทั้งสามข้อแล้วผู้วิจัยมีเป้าหมายสูงสุดที่จะพัฒนาระบบการจัดเตรียมเวชระเบียนของผู้ป่วยนัดครบถ้วนทั้งหมด 100%

**เอกสารอ้างอิง**

โรงพยาบาลมะเร็งบำปาง. รายงานประจำปีโรงพยาบาลมะเร็งบำปาง 2558. เชียงใหม่: ร้านงานดี; 2559.

**Moving together: The best for the most****ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งก่อนรับรังสีรักษาโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี**สุพรรณิ ปานดี<sup>1</sup>, วิไล พรหมทองรักษ์<sup>1</sup>, จงกล อิทธิจิรกุล<sup>1</sup>, และยุวดี วิทยพันธ์<sup>2</sup><sup>1</sup>โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี<sup>2</sup>สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้นำเสนอ นางสาวสุพรรณิ ปานดี

**บทคัดย่อ****บทนำ**

โรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ความวิตกกังวลเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา เมื่อเกิดความวิตกกังวลบุคคลจะมีการปรับตัวโดยการแสวงหาข้อมูล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล และความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งก่อนรับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

**วิธีการศึกษา**

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 77 ราย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบวัดความวิตกกังวลที่สร้างขึ้นโดยสไปเบอร์เกอร์และคณะ และแบบวัดความต้องการข้อมูลที่ดัดแปลงมาจากของมูต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

**ผลการศึกษา**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เพศหญิงร้อยละ 68.8 อายุ 40-60 ปี ร้อยละ 48.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.2 การศึกษาชั้นประถม ร้อยละ 57.1 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.6 รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 62.3 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 68.8 มีผู้ดูแลระหว่างรับการรักษา ร้อยละ 84.4

ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงของผู้ป่วยมะเร็งก่อนรับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางที่ 46.27 และ 43.18 ตามลำดับ ความต้องการข้อมูลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่ 23.94

ความต้องการข้อมูลรายข้อพบว่าข้อที่มีความต้องการมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ข้อมูลเรื่องโรคความเจ็บป่วยและวิธีการรักษา รองลงมาคือคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนการดูแลตนเอง ถามแพทย์/พยาบาลเวลาตรวจ ถามอาการข้างเคียงของรังสีรักษา และถามผลการตรวจต่างๆ (ค่าเฉลี่ย 2.56, 2.52, 2.44, 2.43 และ 2.32 ตามลำดับ)

ศึกษาความสัมพันธ์พบว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลแฝงอย่างมีนัยสำคัญ ( $r=0.82, p<0.01$ ) และความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญ ( $r=0.23, p<0.05$ )

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งก่อนรับรังสีรักษา มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง แต่มีความต้องการข้อมูลระดับสูง จึงควรมีการพัฒนาแบบการให้ข้อมูลตามความต้องการ และพัฒนาระบบการดูแลเตรียมสภาพจิตใจของผู้ป่วยก่อนรับรังสีรักษา เพื่อช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้เกิดความครอบคลุมทุกมิติ

## Moving together: The best for the most

การศึกษานำร่องเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าพารามิเตอร์การเดินในรองเท้า 3 รูปแบบที่ใช้ร่วมกับ Rigid AFO ในคนปกติ

(A pilot study: The comparison of gait parameters in normal subjects who wear rigid Ankle Foot Orthosis)

ธวัชชัย จันทร์สอาด, จุฑารัตน์ ภูมุลนา และ ฤชา ชันธเดช

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ผู้นำเสนอ นางสาว จุฑารัตน์ ภูมุลนา

## บทคัดย่อ

## บทนำ

พลาสติกตามขาชนิดไม่มีข้อหรือที่เรียกว่า Rigid AFO (Ankle foot orthoses) นั้น ถูกนำมาใช้ในการปรับท่าทางการเดินของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาปลายเท้าตก รวมทั้งการเดินที่ไม่มั่นคง เสี่ยงต่อการล้ม ซึ่งในทางคลินิกนั้นนักกายอุปกรณ์จะหล่อแบบเฉพาะรายเพื่อทำอุปกรณ์ชนิดนี้ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นจะต้องมีการทดลองใช้งานอุปกรณ์ก่อนการส่งมอบให้กับผู้ป่วยไปใช้งานที่บ้านเพื่อฝึกยืนหรือเดิน ซึ่งในการใช้งานอุปกรณ์เพื่อฝึกยืนหรือเดินนั้นจำเป็นต้องใช้ร่วมกับรองเท้ารัดส้นหรือรองเท้าที่มีสายรัดเพื่อความกระชับ ป้องกันการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์จากขาและเท้าของผู้ป่วย ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยไม่นำรองเท้ามาหรือนำมาแต่ไม่เหมาะสม เช่น รองเท้าแตะซึ่งไม่สามารถใส่ร่วมกับพลาสติกตามขาได้ หรือรองเท้ามีสันสูงมากกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งจะเปลี่ยนแนวของอุปกรณ์ และอาจส่งผลต่อการเดินของผู้ป่วยได้ รองเท้าที่เหมาะสมจึงถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเดินที่ดีต่อผู้ป่วย

รองเท้าในท้องตลาดที่ได้รับการพิจารณาว่ามีความเหมาะสมในการใส่ร่วมกับการใส่พลาสติกตามขา ได้แก่ รองเท้ากีฬา รองเท้ารัดส้น และรองเท้าที่มีสายรัด เช่น รองเท้ายี่ห้อ KITO หรือ ADDA เป็นต้น ดังนั้น งานกายอุปกรณ์จึงต้องการพิสูจน์ความแตกต่างของการเดินด้วยรองเท้า 3 รูปแบบที่มีความเหมาะสมในการใส่ร่วมกับพลาสติกตามขา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำให้กับผู้ป่วยและญาติในการเลือกรองเท้าที่เหมาะสมที่สุด โดยได้ทำการศึกษานำร่องในคนปกติ ก่อนที่จะนำไปพัฒนาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจริง โดยผู้ทำการศึกษาคาดหวังว่าผลการศึกษาในคนปกติจะสามารถนำไปเทียบเคียงและประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการเดินและใส่พลาสติกตามขาได้

## วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่องคือ อาสาสมัครเพศหญิง อายุเฉลี่ย 25 ปี ไม่มีความผิดปกติของขาและเท้าทั้งสองข้าง

## วิธีการเก็บข้อมูล

นักกายอุปกรณ์ผลิตพลาสติกตามขาเพื่อใช้ในการทดสอบการเดิน และทดสอบการเดินด้วยเครื่องวิเคราะห์การเดินยี่ห้อ Zebris ของหน่วยงานกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ โดยแบ่งเป็น 3 สภาวะตามชนิดของรองเท้า คือ รองเท้ารัดส้นไม่ปรับพื้น รองเท้ากีฬาและรองเท้ารัดส้นปรับพื้นแบบ Rocker sole

**Moving together: The best for the most**

และเริ่มทดสอบการเดินในแต่ละสภาวะ โดยอาสาสมัครเดินด้วยความเร็วที่เลือกเอง สภาวะละ 2 รอบ จากนั้นนำข้อมูลการเดิน Gait parameters ไปวิเคราะห์และแปลผลทางสถิติโดยใช้สถิติชนิด เพื่อดูความแตกต่างของการใส่รองเท้าแต่ละชนิดพร้อมทั้งเก็บข้อมูลความพึงพอใจในการใส่รองเท้าทั้งสามรูปแบบร่วมกับพลาสติกตามขาอีกด้วย

**ผลการศึกษา**

พบว่ารองเท้ารัดส้นที่มีการปรับพื้นรองเท้า (Rocker sole) ให้ค่าพารามิเตอร์การเดินสูงสุด ได้แก่ ระยะก้าว (step length)  $50.67 \pm 8.39$  cm ระยะก้าว (Stride length)  $103.33 \pm 8.08$  cm ระยะเวลาในการก้าว (Step time)  $0.50 \pm 0.09$  seconds และระยะเวลาในการก้าว (Stride time)  $1.12 \pm 0.10$  seconds ส่วนรองเท้าผ้าใบนั้นให้ค่าความเร็วในการเดิน และจำนวนก้าวสูงสุด คือ  $0.93\text{m/s}$  และ 65 ก้าว/นาที และมีร้อยละช่วงการเดินระหว่าง stance phase และ swing phase เท่ากับ 67.29% และ 32.72% จากผลการศึกษาเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ของชนิดรองเท้าที่ใส่ร่วมกับพลาสติกตามขาชนิดไม่มีข้อ (Rigid AFO) ต่อตัวแปรการเดิน (gait parameters) ในส่วนของความพึงพอใจต่อรองเท้าทั้งสามรูปแบบพบว่า รองเท้าผ้าใบได้รับความพึงพอใจสูงสุดต่อความสวยงาม ที่ 66.67% ในขณะที่รองเท้ารัดส้นทั้งแบบที่ 1 และ 3 (ทั้งชนิดไม่ปรับพื้นและปรับพื้น rocker sole) มีระดับความพึงพอใจสูงสุดในเรื่องของอุปกรณ์ใช้ง่ายสะดวก ต่อการใส่-ถอด ที่ระดับคะแนน 66.67% และความพึงพอใจโดยรวมของรองเท้าทั้งสามรูปแบบมีคะแนนความพึงพอใจเท่ากันทั้งหมดที่ระดับคะแนนปานกลาง 66.67%

**สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ**

รูปแบบของรองเท้าที่ให้ผลความแตกต่างของการพารามิเตอร์การเดินของคนปกติที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยทั้งนี้อาจเกิดจากการที่คนปกติมีความแข็งแรง และยังมีความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และประสาท ซึ่งทำงานสัมพันธ์กันได้ดี การใส่พลาสติกตามขาชนิดไม่มีข้อเพื่อใช้ทดลองเดินในคนปกติ ถึงแม้ว่าอุปกรณ์จะจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อเท้า แต่คนปกติก็จะสามารถปรับการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวเพื่อให้สามารถเดินได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อด้อยคือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีจำนวนน้อยเกินไปและการทดลองในคนปกติอาจจะไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ การศึกษาในอนาคตควรทดลองทำในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเดินจริงและการเลือกใช้อุปกรณ์ต่างๆควรอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์การพิจารณาทางคลินิกอย่างถูกต้องเหมาะสม

**เอกสารอ้างอิง**

1. Corcoran, P.J., Jepsen, R.H., Brengelman, G.L. and Simon, B.C. (1970) Effect of plastic and metal leg braces on speed and energy cost of hemiplegic ambulation. Arch. Phys. Med. Rehabil., 51, 69-77.
2. Lehmann, J.F., Esselman, P.C., KO, M.J., Smith, J.C., deLateur, B.J. & Dralle, A.J. (1983) Plastic ankle foot orthosis: Evaluation of function. Arch. Phys. Med. Rehabil., 64, 402-407.
3. Lehmann, J.F. (1979) Biomechanic of ankle foot orthosis: prescription and design. Arch. Phys. Med. Rehabil., 60, 200-207.

## Moving together: The best for the most

## ผลการรักษาด้วยธาราบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

กนกวรรณ ทบประดิษฐ์, พิพัฒน์ กล่ำริน และ ยุภาภรณ์ กลิ่นกลัด

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ผู้นำเสนอ นางสาวกนกวรรณ ทบประดิษฐ์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัจจุบันมีอุบัติการณ์สถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 6 ล้านคน โดยข้อที่เสื่อมมากที่สุดคือ ข้อเข่า เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่และต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรง ทั้งยังต้องทำการเคลื่อนไหวตลอดเวลา ทำให้ข้อเสื่อมได้ง่าย โดยอาการสำคัญคือมีอาการเจ็บปวด ข้อตื้อฝืด และยึดติด ส่งผลให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวและจำกัดการใช้ชีวิตประจำวันอันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้สูงอายุได้ในอนาคต<sup>1</sup> นอกจากการรักษาทางยา การรักษาทางกายภาพบำบัดโดยใช้วิธีการธาราบำบัด เป็นทางเลือกในการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะคุณสมบัติของน้ำจะช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ง่ายขึ้น ลดการรับน้ำหนักข้อต่อ และทำให้สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้น<sup>2,3,4</sup> ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงผลของการรักษาด้วยธาราบำบัดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ต่ออาการปวด การทรงตัว การเดิน และความลำบากในการทำกิจกรรม

## วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจำนวน 17 คน เข้าร่วมการศึกษาเชิงทดลอง โดยได้รับการรักษาด้วยธาราบำบัด จำนวน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ วัดผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้เครื่องมือในการประเมินผลได้แก่ Time Up and Go Test (TUG) , 2-Minute Walk Test (2MWT), และแบบประเมิน Modified Western Ontario & McMaster Universities Osteoarthritis Index ฉบับภาษาไทย (modified WOMAC)<sup>5</sup> ใช้สถิติ Paired t-test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการรักษา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p = 0.05$

## ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 17 คน อายุเฉลี่ย  $65 \pm 7.17$  ปี ผลการรักษาด้วยธาราบำบัดพบว่า มีผลการรักษาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆผลลัพธ์ โดยเวลาที่ใช้การทดสอบ TUG มีระยะเวลาลดลงจาก  $13.13 \pm 7.64$  เป็น  $8.75 \pm 1.54$ ;  $p = 0.015$  , 2-MWT มีระยะทางเพิ่มขึ้นจาก  $122.44 \pm 41.58$  เป็น  $141.59 \pm 24.89$ ;  $p = 0.005$  , คะแนน Modified WOMAC ในส่วนของอาการปวด มีคะแนนลดลงจาก  $21.71 \pm 12.20$  เป็น  $14.24 \pm 7.45$ ;  $p = 0.002$  , คะแนน Modified WOMAC ในส่วนของอาการฝืดขัดในข้อเข่า ลดลงจาก  $8.06 \pm 5.49$  เป็น  $5.06 \pm 3.23$ ;  $p = 0.01$  , คะแนน Modified WOMAC ในส่วนของความลำบากในการทำกิจกรรมลดลงจาก  $65.88 \pm 31.63$  เป็น  $41.59 \pm 16.05$ ;  $p = 0.004$  , และคะแนนภาพรวม Modified WOMAC จาก  $95.65 \pm 48.53$  เป็น  $60.88 \pm 23.49$ ;  $p = 0.003$

## อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ผลการรักษาด้วยธาราบำบัดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทรงตัว ความสามารถในการเดิน อาการปวด อาการฝืดขัดในข้อ และรวมถึงความลำบากในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น เป็นผลมาจากคุณสมบัติของน้ำที่ช่วยลดแรง

**Moving together: The best for the most**

กระท่อข้อ มีแรงพุงช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถออกกำล้งกายได้ง่ายขึ้น ขณะเดียวกันกระแสน้ำววนทำให้เกิดแรงต้านต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อรอบข้อเข้า ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความแข็งแรงเพิ่มขึ้น<sup>3,4</sup> ในการศึกษาี้ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาก่อนหน้าที่รายงานว่าการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมด้วยการออกกำล้งกายในน้ำมีผลข้างเคียงน้อยกว่าการออกกำล้งกายบนบก<sup>3</sup> ในการศึกษาี้มีข้อจำกัดที่ขาดการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพื่อให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. นงพิมล นิมิตรอนันท์. สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข้าเสื่อมในคนไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2014; 15(3): 185-194.
2. ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์. ธาราบำบัด: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2530.
3. Lund H et al. A randomized controlled trial of aquatic and land-based exercise in patients with knee osteoarthritis. *J Rehabil Med.* 2008 ; 40(2): 137-144.
4. Wang TJ et al. Comparing the efficacy of aquatic exercise and land-based exercise for patients with knee osteoarthritis. *J Clin Nurs.* 2011 ;20(17-18): 2609-22.
5. เสก อักษรานุเคราะห์. Modified WOMAC Scale for Knee Pain. *J Thai Rehabil* 2009 ; 9(3): 82-85.

## Moving together: The best for the most

## การพัฒนาการเตรียมยา 10 % urea in 0.05 % betamethasone valerate cream

ปิยะนุช สามทิพย์

โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

ผู้นำเสนอ นางสาวปิยะนุช สามทิพย์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง เป็นหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ที่ให้การรักษาเฉพาะทางด้านโรคผิวหนังในระดับตติยภูมิและระดับที่สูงกว่า ซึ่งหนึ่งในภารกิจหลักที่สนับสนุนการให้บริการ คือ การเตรียมยาตามตำรับของสถาบันโรคผิวหนังที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาดเพื่อบริการผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง และสนับสนุนให้โรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีความต้องการ และจากการทบทวนกระบวนการผลิตยาของโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง พบว่ายาคือยาเตรียมตำรับยูเรียครีมที่ผสมยาสเตียรอยด์มีปัญหา 3 ด้านคือ 1) ปัญหาด้านความชื้นของสารเคมียูเรีย คือ สารเคมียูเรียเมื่อมีการเปิดใช้แล้วจะเกิดความชื้นและจับตัวเป็นก้อนแข็ง 2) ปัญหาด้านการเตรียมยา คือ การบดสารเคมียูเรียให้เป็นผงละเอียดต้องใช้แรงในการบดมากและใช้เวลานานเนื่องจากสารเคมียูเรียมีลักษณะค่อนข้างแข็ง และ 3) ปัญหาคุณภาพด้านความคงตัวของยา คือยาเตรียมตำรับยาเตรียมยูเรียครีมที่ผสมกับยาสเตียรอยด์มีความคงตัวค่อนข้างต่ำ ทำให้ยามีอายุในการใช้งานสั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการเตรียมยาตำรับยูเรียครีมที่ผสมยาสเตียรอยด์ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในด้านความชื้นของสารเคมียูเรีย การเตรียมยา และปัญหาคุณภาพด้านความคงตัวของยา โดยได้เลือกพัฒนาการเตรียมยาตำรับ 10 % urea in 0.05 % betamethasone valerate cream ก่อน เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนายาเตรียมยูเรียครีมตำรับอื่นๆ ซึ่งการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการพัฒนาการเตรียมยาตำรับ 10 % urea in 0.05 % betamethasone valerate cream ให้สามารถเตรียมยาได้ง่าย สะดวก และรวดเร็วขึ้น รวมทั้งยาตำรับ 10 % urea in 0.05 % betamethasone valerate cream ที่เตรียมได้มีคุณภาพและความคงตัวทั้งทางด้านกายภาพ ด้านเคมี และด้านจุลชีววิทยา

## วิธีการศึกษา

เป็นการพัฒนาการเตรียมตำรับ 10 % urea in 0.05 % betamethasone valerate cream จากวิธีการเตรียมแบบเดิมคือ การใช้ผงยูเรียผสมกับ cream base และ 0.1 % betamethasone valerate cream เป็นการเตรียมแบบใหม่โดยการใช้ 20 % urea cream มาผสมกับ 0.1 % betamethasone valerate cream ตามสูตรตำรับยาที่ได้คิดค้นขึ้นตามหลักการคำนวณทางเภสัชกรรม ร่วมกับการใช้เทคนิคทางเภสัชกรรมในการเตรียมยาครีม จนได้ยาครีมที่มีลักษณะเนียนแววเข้าเป็นเนื้อเดียวกัน หลังจากนั้นนำยาครีมตำรับ 10% urea in 0.05% betamethasone ที่เตรียมได้มาทำการทดสอบและประเมินคุณภาพในด้านกายภาพของยาเตรียม การประเมินความคงตัวทางกายภาพของยาเตรียม การประเมินคุณภาพด้านเคมีของยาเตรียม การประเมินความคงตัวทางเคมีของยาเตรียม และการประเมินคุณภาพด้านจุลินทรีย์ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำผลการประเมินคุณภาพของยาเตรียม 10% urea in 0.05% betamethasone valerate cream ทั้งก่อนและหลัง

**Moving together: The best for the most**

การพัฒนาการเตรียมยา 10% urea in 0.05% betamethasone valerate cream มาเปรียบเทียบกับทั้งทางด้านกายภาพ ด้านเคมี และด้านจุลินทรีย์

**ผลการศึกษา**

จากการศึกษาพบว่า ยาเตรียมตำรับ 10 % urea in 0.05 % betamethasone ที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะทางกายภาพที่ดีคือ เนื้อครีมเนียนละเอียด หนวาว ไม่เกิดการแยกชั้น ไม่ตกตะกอน ไม่มีกลิ่นเหม็น เนื้อครีมมีสีขาว มีความคงตัวทางกายภาพคือ ลักษณะทั่วไป กลิ่นและสีอยู่ในสภาพที่ดี ไม่แปรสภาพหรือเสื่อมคุณภาพ ไม่พบการแยกชั้น การตกตะกอน หรือเปลี่ยนสี มีคุณภาพด้านเคมีคือ มีปริมาณตัวยาสำคัญ urea คิดเป็นร้อยละ 101.94 มีความคงตัวทางเคมีตลอดการศึกษาคือ มีปริมาณตัวยาสำคัญ urea คงเหลือ คิดเป็นร้อยละ 101.94, ร้อยละ 102.18 และ ร้อยละ 98.03 ที่ระยะเวลา 0 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ มีคุณภาพด้านจุลินทรีย์คือมีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด

**สรุป**

การพัฒนาการเตรียมยา 10 % urea in 0.05 % betamethasone valerate cream ทำให้ได้ยาเตรียมที่มีคุณภาพทั้งทางด้านกายภาพ ด้านเคมี และด้านจุลินทรีย์ เป็นผลให้ผู้มารับบริการมีความมั่นใจในการใช้ยา และมีความปลอดภัยในการใช้ยา รวมทั้งการพัฒนานี้ ทำให้สามารถเตรียมยาตำรับยูเรียครีมที่ผสมยาสเตียรอยด์ได้ง่าย สะดวก และรวดเร็วขึ้น รวมทั้งยาครีมที่ได้มีคุณภาพมากขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. แนวทางการพัฒนาเภสัชภัณฑ์รูปแบบกึ่งแข็ง (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.app1.fda.moph.go.th> [1 ธันวาคม 2557]
2. สุธี เวคะวากยานนท์ และวัชร คุณกิตติ. เทคนิคการตั้งตำรับยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชนันต์, 2541: 178-185

## Moving together: The best for the most

พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และระดับโคลีนเอสเตอเรสของพนักงานฝ่ายสวนในบริษัทปาล์มน้ำมัน  
จ.กระบี่ ปี 2560

จริยา ฮ่อบุตร และ มุกดา โบบทอง

โรงพยาบาลกระบี่

ผู้นำเสนอ นางสาวจริยา ฮ่อบุตร

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีเป็นปัญหาสำคัญที่ควรตระหนัก เนื่องจากปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงขึ้นเรื่อยๆ (กรมวิชาการเกษตร) ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีเกษตรกรที่มีผลการตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่อการเกิดพิษ อันเนื่องมาจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 89,926 คน จากจำนวนเกษตรกรที่ตรวจเลือด 563,353 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี พ.ศ. 2556 มีอัตราผู้ป่วยนอกจากกลุ่มโรคสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 12.37 ต่อประชากรกลางปีแสนคน และเมื่อเทียบกับอัตราผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2554 ก็ยังมีอัตราป่วยที่สูงมากกว่าเกือบเท่าตัว และกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกระบี่ ได้จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก และประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากสถานการณ์ผลกระทบข้างต้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับระดับโคลีนเอสเตอเรสของพนักงานฝ่ายสวนทั้งหมดในบริษัทปาล์มน้ำมัน จ.กระบี่ จำนวน 87 ราย) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช และระดับโคลีนเอสเตอเรส

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research เก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 ใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร่วมกับการสัมภาษณ์ และกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

## ผลการศึกษา

พบว่าพนักงานฝ่ายสวน บริษัทปาล์มน้ำมัน จ.กระบี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.1 มีอายุระหว่าง 31-50 ปี พนักงานฝ่ายสวนครึ่งหนึ่งมีลักษณะงานเป็นทั้งผู้ผสมสารเคมี และฉีดพ่นเอง ร้อยละ 57.5 และมีจำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน มากกว่า 7 วัน/เดือน ร้อยละ 51.7 ด้านการปฏิบัติตัวขณะทำงาน มีพนักงาน ร้อยละ 20.7 ที่บางครั้งใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึม หรือปิดไม่สนิทมีการรั่วในการฉีดพ่น มีการรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน ร้อยละ 51.7 และการปฏิบัติตัวก่อนการใช้สารเคมีพนักงานมีการอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุสารเคมีทุกครั้ง ร้อยละ 69.0 และการปฏิบัติตัวขณะทำงานกับสารเคมีส่วนใหญ่สวมถุงมือยางป้องกันสารเคมีทุกครั้ง ร้อยละ 83.9 และการปฏิบัติตัวหลังเลิกการฉีดพ่น เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ จุดทำงาน เพียงร้อยละ 48.3 และเมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ได้อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงาน

**Moving together: The best for the most**

ทันที ณ บริเวณที่ทำงานทุกครั้ง ร้อยละ 59.8 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าในรอบ 1 เดือน พนักงานฝ่ายสวนครึ่งหนึ่งมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 54.0 ส่วนใหญ่พนักงานอยู่ในกลุ่มอาการเวียนศีรษะ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก เหนื่อยออก เจ็บคอ คอแห้ง และผลการตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส พบว่าพนักงานส่วนใหญ่อยู่ระดับมีความเสี่ยง ร้อยละ 83.9 และระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 10.3

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

พนักงานมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล แต่เป็นการใช้อุปกรณ์ที่ไม่ครบชุด ไม่สม่ำเสมอ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และกระบวนการกลุ่ม พนักงานให้เหตุผลว่า สภาพอากาศร้อน ไม่สะดวกขณะทำงาน และบางส่วนบรรจุสารเคมีเกือบถึง ทำให้สารเคมีสัมผัสหกลื่นร่างกาย พนักงานบางส่วนมีหน้าที่เฉพาะผสมสารเคมี ทำให้มีโอกาสได้รับสัมผัสสารเคมีในระดับเข้มข้น และผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสส่วนใหญ่อยู่ระดับมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรจัดอบรมให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาโปรแกรมตรวจสอบสารพิษในเลือด เพื่อเป็นการเฝ้าระวังสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการหามาตรการลดอุปสรรคในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานสัมผัสสารเคมีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, เพลินพิศ จัปลกลาง, สุวิมล บุญเกิด, อัญชลี อาบสุวรรณ. การศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านห้วยสามขา ตำบลทัพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2557; 29(5): 429-434.
2. อุทัยทิพย์ สังกลม, ปัทมาภรณ์ ขุนทรง, กฤษณา พิรุณไพบร์, ปัญจพัชรกร บุญพร้อม. ความสัมพันธ์ของ พฤติกรรมและการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีของเกษตรกรในพื้นที่กรุงเทพมหานครและนครปฐมกับ ระดับโคลีนเอสเตอเรส. วารสารสังคมศาสตร์และศิลปศาสตร์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1. 2556.

## Moving together: The best for the most

## ผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

## อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูล

สาวิตรี อิตกี, มยุรา ธนภัทรภรณ์ และประกอบ ทองจิบ

โรงพยาบาลสตูล

ผู้นำเสนอ นางสาวสาวิตรี อิตกี

## บทคัดย่อ

## บทนำ

เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตและคร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่ง และมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในอนาคตในช่วง 35 ปีที่ผ่านมาทั่วโลกมีผู้ใหญ่เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า จาก 108 ล้านคนในปี 2523 เป็น 422 ล้านคนในปี 2557 และกำลังเป็นปัญหาใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนา การที่โลกมีประชากรสูงวัยมากขึ้นและมีคนเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ทำให้โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก และทำให้เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดสมอง ตาบอด ไตวาย ต้องตัดแขนขา และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรงพยาบาลสตูลรับผู้ป่วยเบาหวานไว้ใน การดูแลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2559 จำนวน 189 คน และ 124 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 32 คน และ 26 คน ตามลำดับ จากการเก็บข้อมูลของหน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูล พบว่ารับผู้ป่วยเบาหวานไว้ใน การดูแลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2559 จำนวน 102 คน และ 49 คน ตามลำดับและมีผู้ป่วยเบาหวานที่มี ภาวะแทรกซ้อนจำนวน 14 คน และ 9 คน ตามลำดับโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูล

## วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้รักษาในหน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูล ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แผนการทำกิจกรรมกลุ่ม และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด เก็บข้อมูลก่อนทำกิจกรรมกลุ่มเมื่อ ตุลาคม-ธันวาคม 2559 หลังทำกิจกรรม กลุ่ม เมื่อ กุมภาพันธ์ - เมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละและทดสอบด้วยไคสแควร์

## ผลการศึกษา

| กลุ่มตัวอย่าง     | ระดับน้ำตาลในเลือด |          | K    |
|-------------------|--------------------|----------|------|
|                   | คุมไม่ได้          | คุมได้   |      |
| ทำกิจกรรมกลุ่ม    | 37.1(20)           | 59.2(45) | 5.34 |
| ไม่ทำกิจกรรมกลุ่ม | 62.9(34)           | 40.8(31) |      |
| รวม               | 100(54)            | 100(76)  |      |

$$P < 0.05 \quad (X^2 .05 = 3.84, df = 1)$$

### Moving together: The best for the most

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 59.2 ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 37.1 ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ร่วมกิจกรรมกลุ่มสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 40.8 ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 62.9 สรุปได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความสอดคล้องกับกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุป และข้อเสนอแนะ

กิจกรรมกลุ่มการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับไม่เกินเกณฑ์ได้ ข้อเสนอแนะควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับไว้รักษาในหน่วยงานอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลสตูล เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

## Moving together: The best for the most

ผลลัพธ์หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตาม SBB's technique.

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูล

ปริญญช หลังปุเต๊ะ, ประกอบ ทองจิบ

โรงพยาบาลสตูล

ชื่อผู้นำเสนอ นางสาวปริญญช หลังปุเต๊ะ

## บทคัดย่อ

## บทนำ

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูลให้บริการผู้ป่วยเด็ก 1 เดือน ถึง 15 ปี ซึ่งผู้ป่วยเกือบทุกรายได้รับการรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จากการรวบรวมข้อมูลการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ปี 2558 พบผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 3,760 ราย เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ 10 ครั้ง จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเกิดจากเทคนิคการให้สารน้ำแบบเดิม ไม่สามารถประเมินการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งผลกระทบของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการอักเสบ นอนโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตและเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเทคนิคการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้สามารถประเมินการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบได้ ภายใต้บริบทของโรงพยาบาล เพื่อลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูลโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้ SBB's technique. ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต่อภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูล

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาพัฒนาจากงานประจำสู่งานวิจัย (routine to research.) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูลทุกรายที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตาม SBB's technique. เครื่องมือที่ศึกษา ได้แก่ 1) แนวทางการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ SBB's technique. ประกอบด้วย S = Stab (วิธีการลงเข็ม), B = Brace (การตาม), B = Bind (การผูก) ได้แก่การเตรียมผู้ป่วยการเลือกตำแหน่งเส้นเลือดดำ การใช้วัสดุอุปกรณ์ การดูแลต่อเนื่อง 2) แบบสังเกตการเกิด Phlebitis. ในผู้ป่วยเด็ก เก็บข้อมูลตั้งแต่ปี 2558 ถึง 2559 คำนวณอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เทียบกับ จำนวนครั้งที่เกิดคูณ 1,000 หารด้วยจำนวนวันที่ได้สารน้ำทั้งปี

## ผลการศึกษา

พบว่า ก่อนใช้ SBB's technique. มีผู้ป่วยเด็กได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 3,380 ราย จำนวน 9,752 วัน เกิดหลอดเลือดดำอักเสบหลัง 10 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ 1.02 ครั้งต่อการให้สารน้ำ 1,000 วัน หลังใช้ SBB's technique. มีผู้ป่วยเด็กได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 3,400 รายจำนวน 9,280 วันเกิดหลอดเลือดดำอักเสบหลัง 3 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ 0.32 ครั้งต่อการให้สารน้ำ 1,000 วัน

## อภิปราย สรุป ข้อเสนอแนะ

การลดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็ก สามารถลดลงได้ ด้วยการใช้นโยบายการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดย SBB's technique. ซึ่งประเมินการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบได้ง่าย ทำให้ป้องกันการเกิด

**Moving together: The best for the most**

หลอดเลือดดำอักเสบได้ทันที่ซึ่งแนวทางSBB's technique.ประกอบด้วยเตรียมผู้ป่วยการเลือกตำแหน่งเส้นเลือดดำ การใช้วัสดุอุปกรณ์ เทคนิคการเปิดเส้น การดูแลต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของอัลวิสและคณะ (Ahlqvist et al. 2006) ที่กำหนดแนวทางปฏิบัติครอบคลุมเกี่ยวกับการเลือกตำแหน่งแทงเข็ม ขนาดของเข็มที่ใช้ การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะแทงเข็ม การตรึงเข็ม การทำความสะอาดบริเวณที่ใส่สาย สามารถลดการอักเสบติดเชื้อลงร้อยละ 21

**สรุปการใช้และข้อเสนอแนะ**

การใช้ SBB's technique. สามารถลดอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการลดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วย จึงควรมีการขยายผลการนำเทคนิค SBB's technique.ไปใช้ต่อไปให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

**เอกสารอ้างอิง**

1. Ahlqvist M, Bogren A, Hagman S, Nazar I, et al (2006). Handling of peripheral intravenous cannulae: effects of evidence-based clinical guidelines. *J clin Nurs*. Nov; 15(11): 1354-61.
2. Gallant P and Schulta AA, (2006). Evaluation of a visual infusion phlebitis scale for determining appropriate discontinuation of peripheral intravenous catheters. *Journal of Infusion Nursing*. Vol.29, no 6, p 338-45.
3. Infusion Nursing :Standard of practice, 2011, S.27

## Moving together: The best for the most

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ  
ในผู้ป่วยเด็ก หน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูล

จิตติมา จิรพงศ์วิริยะ, ประกอบ ทองจิบ

โรงพยาบาลสตูล

ผู้นำเสนอ นางสาวจิตติมา จิรพงศ์วิริยะ

## บทคัดย่อ

## บทนำ

หน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูล ให้บริการผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ตั้งแต่ปี 2557 จากการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ตุลาคม 2558 ถึงมกราคม 2559 มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 20 ราย พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 4 ราย จากการทบทวนสาเหตุการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ พบว่า เกิดจากการไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ป่วยดัน กระสับกระส่ายจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล ซึ่งการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เป็นอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่คิดค้นแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ป้องกันการเกิดผลกระทบต่าง ๆ จากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและเพื่อนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ความพิการที่อาจตามมาและอัตราการตาย ในหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก หน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูล

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาพัฒนาจากงานประจำสู่งานวิจัย (routine to research.) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับรักษาในหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤตทุกราย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตูลและใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทุกรายใส่ท่อช่วยหายใจชนิดไม่มี bowl cuff เครื่องมือที่ศึกษา ได้แก่ 1) รูปแบบการพยาบาลดูแลเด็กใส่ท่อช่วยหายใจ 2) แบบประเมินความปลอดภัยของเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เก็บข้อมูลรอบแรก 1 ตุลาคม 2558 ถึง 31 มกราคม 2559 และรอบสอง 1 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง 31 มกราคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละและใช้ไค-สแควร์หาความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก

## ผลการศึกษา

1. ไม่ใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ มีผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจ 20 ราย เกิดท่อเลื่อนหลุด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 หลังใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วย
2. การใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ สามารถป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นที่  $p < .05$

## สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด ได้แก่ ตรวจสอบ ป้องกัน จัดทำนอนเพื่อช่วยป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ สามารถลดอัตราการเกิดท่อเลื่อนหลุดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา เสง่าหลักและ

### Moving together: The best for the most

คณะ พบว่าการพยาบาลตั้งแต่ขั้นตอนก่อนเกิดปัญหา มีระบบป้องกัน ตรวจสอบและประเมินผู้ป่วยชัดเจน สามารถลดอัตราการเลื่อนของท่อหลอดลมจากร้อยละ 2.3 เหลือ 1.7 ได้

#### สรุป และข้อเสนอแนะ

การใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การติดตามการปฏิบัติและให้ข้อมูลย้อนกลับ สามารถลดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ ควรมีการทบทวนหาสาเหตุการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในรายที่มีการเลื่อนหลุด เพื่อให้สามารถแก้ไขได้ตรงสาเหตุ

#### เอกสารอ้างอิง

จิตรา เสภาหลักและคณะ. (2552) การพัฒนาการดูแลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมในหน่วยบริบาลทารกและเด็กวิกฤติ โรงพยาบาลโพธาราม อำเภอพोธาราม จังหวัดราชบุรี.

## Moving together: The best for the most

ผลการปฏิบัติตาม HOSFC nursing care ต่ออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ  
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูล

ชิตะบูเก็ม, มยุรา ธนภัทรภรณ์ และ ประกอบ ทองจับ  
โรงพยาบาลสตูล

ผู้นำเสนอ นางสาวชิตะ บูเก็ม

## บทคัดย่อ

## บทนำ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยเครื่องช่วยหายใจ เพื่อประคับประคองการทำงานระบบทางเดินหายใจจนกว่าอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบได้ จากการรวบรวมข้อมูล ตุลาคม 2558 ถึง มกราคม 2559 มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 78 ราย เกิดปอดอักเสบ 8 ราย ซึ่งผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบ มีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตได้ สาเหตุการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ การสำลักและสูดเอาเชื้อเข้าสู่ปอด ทำให้ผู้วิจัยสนใจแนวคิดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ Head of bed., Oral care., Suction., Feeding. และ Care of circuit: HOSFC nursing care. เพื่อป้องกันการสำลักและสูดเอาเชื้อเข้าสู่ปอด โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาผลการปฏิบัติตาม HOSFC nursing care. ต่ออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลสตูล

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาพัฒนาจากงานประจำสู่งานวิจัย ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทุกราย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูลส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ทุกราย เครื่องมือที่ศึกษา ได้แก่ 1) รูปแบบการพยาบาล HOSFC nursing care. 2) แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลตาม HOSFC nursing care. 3) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลรอบแรก 1 ตุลาคม 2558 ถึง 31 มกราคม 2559 และรอบสอง 1 มีนาคม 2559 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละและใช้ไค-สแควร์คำนวณอุบัติการณ์การติดเชื้อ เทียบกับจำนวนครั้งของการติดเชื้อ  $X1000 / \text{จำนวนวันทั้งหมดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ}$

## ผลการศึกษา

1. การปฏิบัติของพยาบาลตาม HOSFC nursing care. ได้แก่ Head of bed. ปฏิบัติได้ ร้อยละ 53.5, Oral care. ปฏิบัติได้ ร้อยละ 100, Suction. ปฏิบัติได้ ร้อยละ 98.75, Feeding. ปฏิบัติได้ ร้อยละ 81 และ Care of circuit. ปฏิบัติได้ ร้อยละ 85.50
2. อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนปฏิบัติตาม HOSFC nursing care. มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 78 ราย 648 วัน เกิดปอดอักเสบ 8 ครั้ง อัตราเท่ากับ 12.34 ครั้ง / ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน, หลังปฏิบัติตาม HOSFC nursing care. มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 160 ราย 1,816 วัน เกิดปอดอักเสบ 11 ครั้ง อัตราเท่ากับ 6.05 ครั้ง / ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน
3. อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลตาม HOSFC nursing care ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## Moving together: The best for the most

## อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล HOSFC nursing care. มีส่วนช่วยให้อุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง เพราะการให้ความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ สติปัญญา และตระหนักให้มีความสำคัญกับการปฏิบัติ ดังนั้นการปฏิบัติตาม HOSFC nursing care สามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ จาก 12.34 เหลือ 6.05 ได้ แม้อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลตาม HOSFC nursing care. สอดคล้องการศึกษาของ จุฬารักษ์ คำพานุฑย์และคณะ(2555.) พบว่าอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวทาง HOPEFIS ไม่ต่างกัน

การปฏิบัติตาม HOSFC nursing care. มีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำ HOSFC nursing care.ร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร โภชนาการ กายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. จุฬารักษ์คำพานุฑย์ และคณะ(2555.) ผลการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ HOPEFIS TO VAP PREVENTION.ต่อความรู้และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ. *จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 22, 17-30.
2. Centers for disease control and prevention. (2009). Ventilator-associated Pneumonia (VAP) event. 1-12. Retrieved June. 13, 2011, [www.cdc.gov/nhsn](http://www.cdc.gov/nhsn).
3. Kallet, R. H., & Quinn, T. E. (2005). The gastrointestinal tract and Ventilation-associated Pneumonia. *Respiratory care*. 50, 910-921
4. Myrianbefs, P. M., Samara, I., & Baltopoulos, G, I. (2004). Nosocomial pneumonia. *Critical care nursing quarterly*. 27, 241-257.

## Moving together: The best for the most

## การดำเนินงาน Medication Reconciliation ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระแสง

อรรณ ทับทอง

โรงพยาบาลพระแสง อ.พระแสง จ. สุราษฎร์ธานี

ผู้นำเสนอ นางสาวอรรณ ทับทอง

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นได้ในทุกจุดของการให้บริการในโรงพยาบาล The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ได้วิเคราะห์รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความเจ็บป่วยอย่างรุนแรงหรือเพิ่มความเสี่ยงต่ออันตรายจำนวน 350 รายงานพบว่าร้อยละ 63 ของความคลาดเคลื่อนเป็นผลมาจากการผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูลหรือการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือคลาดเคลื่อน และประมาณครึ่งหนึ่งสามารถป้องกันได้หากมีระบบ Medication reconciliation (MR) ที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น JCAHO จึงประกาศให้ MR เป็น national patient safety goal ข้อ 8 (8A และ 8B) ตั้งแต่นั้นปี ค.ศ. 2005 เป็นต้นมา และกำหนดให้สถานพยาบาลต่าง ๆ นำ MR มาปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น

โรงพยาบาลพระแสงดำเนินการทำ MR ในการบริการผู้ป่วยใน ผสานรอยต่อระหว่างการใช้ยานอกโรงพยาบาล และการใช้ยาในขณะนอนในโรงพยาบาล แต่ยังไม่มียูนิฟอร์มการทำ MR ในผู้ป่วยนอกที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และให้แก่สถานพยาบาลอื่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสมุดประจำตัว แต่ไม่มีการบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในสมุดประจำตัวอย่างเป็นปัจจุบัน เนื่องจากภาระงานอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ, ไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลกระบวนการในภาพรวม, ไม่มีกระบวนการมาตรฐานในการเก็บข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยให้ได้ครบถ้วน, ไม่มีทักษะในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติรวมทั้งไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจนในระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบ MR ในการดูแลผู้ป่วยนอกเพื่อช่วยให้มีการบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลการรักษาในทุกๆ รอยต่อที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตลอดจนมีการส่งต่อข้อมูลดังกล่าวไปยังแพทย์ผู้ทำการรักษาทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่สมควรได้รับครบถ้วนและเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาและความคลาดเคลื่อนทางยา

## วิธีการศึกษา

1. ศึกษาปัญหาของการดำเนินงานรูปแบบเดิม การให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวาน และจิตเวช มีการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย มีช่องรายการยาของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มาพบแพทย์ โดยแพทย์เป็นผู้ระบุรายการยาแต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน ศึกษาพบว่าเกิดปัญหาดังนี้คือ เกิดความยุ่งยากในการบันทึก ทำให้แพทย์ไม่สามารถบันทึกได้ครบถ้วน, ลายมือไม่ชัดเจน, ช่องบันทึกไม่เพียงพอ และไม่มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

2. พัฒนาแบบฟอร์มบันทึกรายการยาตลอดขั้นตอนการคัดลอก/เขียนรายการยา โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงข้อมูลจากโปรแกรม Hos XP พิมพ์ชื่อ นามสกุลของผู้ป่วยเลขประจำตัวผู้ป่วยนอก ประวัติ

**Moving together: The best for the most**

แพทย์ รายการยาที่จำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยชื่อสามัญทางยา รูปแบบยา ความแรง รวมถึงวิธีใช้ยา จากวันที่มาพบแพทย์ล่าสุดติดไว้ที่สมุดประจำตัวผู้ป่วย และเป็นแบบ Multi-visit medication flow สามารถบันทึกได้ 6 visit แพทย์เพียง 1 ในช่องรายการยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ต่อเนื่องในแต่ละ visit

3. กำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน MR ในคลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวานและจิตเวช ดังนี้

3.1 เกสเซอร์พิมพ์แบบฟอร์มบันทึกรายการยาติดไว้ที่สมุดประจำตัวผู้ป่วยก่อนพบแพทย์

3.2 แพทย์ผู้สั่งใช้ยา ทบทวนรายการยา บันทึกรายการยาลงในแบบฟอร์มบันทึกรายการยา

3.3 เกสเซอร์ตรวจสอบคำสั่งใช้ยาก่อนพิมพ์ฉลากยา เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกับประวัติการใช้ยา visit ก่อนๆ หากมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาที่ควรได้รับต่อเนื่อง เขียนข้อความติดกับหัวใบสั่งยาเพื่อสื่อสารให้เภสัชกร ผู้จ่ายยาทราบ

3.4 เกสเซอร์ผู้จ่ายยาตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ เปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์ระบุในแบบฟอร์มบันทึกรายการยาในสมุดประจำตัวผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยถึงยาที่ต้องรับต่อเนื่อง วิธีใช้ และการเปลี่ยนแปลงรายการยาหรือวิธีใช้ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้สั่งใช้ยา รวมทั้งสอบถามยาเดิมหรือยาอื่นๆที่ผู้ป่วยใช้ร่วมด้วย กรณีที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแล้วบันทึกผลจากการรายงานแพทย์ลงในแบบฟอร์มขอคำปรึกษาด้านยา

4. รวบรวมข้อมูล และประเมินผลการดำเนินงาน โดยเก็บรวบรวมแบบฟอร์มบันทึกรายการยาเมื่อมีการบันทึกครบ 6 visit ที่ผู้ป่วยมารับยาโรคเรื้อรัง

5. สรุปผลและนำเสนอผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการเภสัชกรรม และการเพื่อพัฒนาระบบงาน

**ผลการศึกษา**

มีการดำเนินงาน MR อย่างเป็นระบบในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระแสง เพื่อช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น ซึ่งการประเมินผลกระบวนการ ทำโดยประเมินความครอบคลุมของการดำเนินงาน วัดจากจำนวนครั้งการบันทึกรายการยาลงในแบบฟอร์มบันทึกรายการยาของแพทย์เทียบกับ visit ทั้งหมดที่ผู้ป่วยมารับยาโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลและใช้ตัวชี้วัด medication reconciliation success index (สัดส่วนของจำนวนรายการยาที่ไม่พบความคลาดเคลื่อนต่อจำนวนรายการยาทั้งหมด)

**ตารางแสดงความครอบคลุมของการดำเนินงาน และ medication reconciliation success index**

|                                                                | ปี 2558 | ปี 2559 |
|----------------------------------------------------------------|---------|---------|
| ร้อยละความครอบคลุมของการดำเนินงาน                              | 75.71   | 78.93   |
| - จำนวน visit ที่แพทย์บันทึกรายการยาลงในแบบฟอร์มบันทึกรายการยา | 7,515   | 8,529   |
| - จำนวน visit ทั้งหมดที่ผู้ป่วยมารับยาโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาล  | 9,926   | 10,806  |
| medication reconciliation success index                        | 98.30   | 94.22   |
| - จำนวนรายการยาที่ไม่พบความคลาดเคลื่อน                         | 29,695  | 30,629  |
| - จำนวนรายการยาทั้งหมด                                         | 30,208  | 32,509  |

Moving together: The best for the most

ประโยชน์หรือนำไปใช้

1. เกิดระบบการดำเนินงาน MR ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระแสง
2. พัฒนาระบบการดำเนินงาน MR สู่ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่รับบริการ เช่น ผู้ป่วย COPD, asthma ผู้ป่วยโรคไต
3. เป็นแนวทางการพัฒนา ขยายการดำเนินงานในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่รพ.สต. ขนาดใหญ่ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลพระแสงรับผิดชอบให้เป็นระบบเดียวกัน เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย

**Moving together: The best for the most****หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่พึงประสงค์กับบทบาทพยาบาลผู้ดูแลโรงพยาบาลปัตตานี**

ทิพสุดา นุ้ยแมน, อรทัย ชูเมือง, และต่วนนัสรีน ต่วนสุหลง

โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี

ผู้นำเสนอ      ทิพสุดา นุ้ยแมน

**บทคัดย่อ****บทนำ**

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญ การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้มีการวางแผน มีผลต่อมารดาและทารก ส่งผลต่อสังคมและประเทศชาติตามมา ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่พึงประสงค์ ควรได้รับการดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดอย่างเหมาะสม บทบาทพยาบาลผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ การดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดต่อไป วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และ เพื่อป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

**วิธีการศึกษา**

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปัตตานี ประชากรคือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และ พยาบาลแผนกฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ 1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และมาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 15 ราย 2. พยาบาลแผนกฝากครรภ์ โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สร้างขึ้นเองโดยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 คือ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และ 1.2 แบบสอบถามหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับความต้องการของหญิงวัยรุ่น ส่วนที่ 2 คือ 2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลแผนกฝากครรภ์ 2.2 แบบสอบถามพยาบาลแผนกฝากครรภ์เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงาน ขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล 1. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูล กำหนด วัน เวลาและสถานที่เพื่อนัดหมายการเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยจัดทำการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 3 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน โดยใช้ แนวคำถามจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และได้ขอ อนุญาตผู้ให้ข้อมูลเพื่อบันทึกเสียงการสนทนา ระยะเวลาการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที 2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยทำการสัมภาษณ์ 1 ครั้งต่อคน ขออนุญาต ผู้ให้ข้อมูล เพื่อบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ระยะเวลา การสัมภาษณ์ 45-60 นาที และ สัมภาษณ์พยาบาลแผนกฝากครรภ์ จำนวน 3 ท่าน ท่านละ 45-60 นาที 3. การถอดเทปบันทึกเสียงการสนทนา และการสัมภาษณ์อย่างละเอียด

**ผลการศึกษา**

1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด
2. ความมีคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง 3. ความรักความผูกพันของมารดาและบุตร 4. การจัดหน่วยบริการให้คำปรึกษา โทรศัพท์ปรึกษา

Moving together: The best for the most

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

พยาบาลผู้ดูแลต้องมีการวางแผนการดูแลแบบใช้กระบวนการดูแล ได้แก่ 1. การวิเคราะห์ปัญหา พยาบาลต้องเข้าใจถึงปัญหาผลกระทบ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ปัจจัยที่มีผลในการช่วยเหลือสนับสนุนให้หญิงวัยรุ่น มีความรู้สึกมั่นใจตนเอง มีความผูกพันกับทารกในครรภ์ การเลี้ยงดูทารก 2. การดำเนินกิจกรรมการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และ 3. การประเมินผล การดำเนินกิจกรรมโดยติดตามอย่างต่อเนื่อง

**Moving together: The best for the most**

**ประสิทธิผลของการนั่งบนเบาะรองนั่งแบบเข้ารูปร่างในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ**

กาญจนา ถัมพาทพงษ์, พิมพ์ เหลือจ้อย, สาลิน เรืองศรี

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

**ผู้นำเสนอ** นางสาวกาญจนา ถัมพาทพงษ์

**บทคัดย่อ****บทนำ**

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดแผลกดทับ เนื่องจากต้องใช้ชีวิตประจำวันอยู่บนรถนั่ง คนพิการเป็นเวลานาน ส่วนมากผู้ใช้รถนั่งคนพิการจะมีแผลกดทับบริเวณ Sacrococcygeal และ Ischium เมื่อเกิดแผลกดทับแล้วทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า นอกจากนี้เป็นข้อจำกัดในการฟื้นฟูทางการแพทย์ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากการติดเชื้อ การใช้เบาะรองนั่งเพื่อลดแรงกดทับเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันแผลกดทับได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนั่งบนเบาะรองแบบเข้ารูปร่างในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

**วิธีการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยสืบค้นรายงานการวิจัยอิเล็กทรอนิกส์จาก 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ MEDLINE ผ่าน Pubmed และ CENTRAL เป็นรายงานการศึกษาที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (RCTs) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ไม่เป็นแผลกดทับและไม่มีภาวะผิดปกติของกระดูกเชิงกรานและกระดูกสันหลัง จากการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลพบ 111 รายงานการวิจัยและ ถูกคัดออก 109 รายงานการวิจัยเพราะเป็นรายงานการศึกษาที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและการประเมินคุณภาพรายงานการศึกษา เหลือทั้งสิ้น 2 รายงานการวิจัย จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณได้

**ผลการศึกษา**

จากการศึกษาพบว่า รายงานการวิจัยที่เปรียบเทียบผลของของแรงกดทับระหว่างเบาะรองนั่งชนิดโฟมแบบเรียบกับเบาะรองนั่งชนิดโฟมเข้ารูปร่างแบบแรกเริ่ม (Initial contour) และแบบดัดแปลง (final contour) ซึ่งเบาะรองนั่งแบบเข้ารูปร่างทั้งสองแบบลดแรงกดทับได้ดีกว่าแบบเรียบ แต่เบาะรองนั่งชนิดโฟมเข้ารูปร่างแบบดัดแปลง (final contour) สามารถลดแรงกดทับได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอีกหนึ่งรายงานการวิจัยมีการเปรียบเทียบการทรงตัวในท่านั่งในเบาะรองนั่งชนิดโฟมแบบเรียบ เบาะรองนั่งชนิดลมและเบาะรองนั่งแบบเข้ารูปร่างพบว่าเบาะรองนั่งแบบเข้ารูปร่างทำให้ผู้ป่วยนั่งทรงตัวได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับแบบอื่น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

เบาะรองนั่งแบบเข้ารูปร่างสามารถลดแรงกดทับและการทรงตัวในท่านั่งได้ดีกว่าแบบอื่น แต่ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าสามารถใช้ทางคลินิกได้ เนื่องจากรายงานการศึกษามีปริมาณน้อย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

## Moving together: The best for the most

การวิเคราะห์ปริมาณรังสีในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารด้วยเทคนิคการฉายรังสีปรับความเข้ม  
เปรียบเทียบกับวิธีการฉายรังสีสามมิติ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

(Dosimetric analysis between Intensity Modulated Radiotherapy and Three-Dimensional  
Conformal Radiotherapy for Esophageal Cancer Treatment : a systematic review)

ภูริวัฒน์ เมืองวงศ์<sup>1</sup>, พิเชษฐ์ อุเบอร์<sup>2</sup>, ดลสุข พงษ์นิกร<sup>3</sup>, เจนวิทย์ เวียงนิล<sup>3</sup> และ ณรงค์ ชุมภู<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, <sup>2</sup>โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, <sup>3</sup>โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผู้นำเสนอ นายแพทย์ภูริวัฒน์ เมืองวงศ์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การฉายรังสีเป็นหนึ่งในวิธีการหลักของโรคมะเร็งหลอดอาหาร การฉายรังสีปรับความเข้มเป็นเทคนิคการฉายรังสีสมัยใหม่และถูกใช้งานมากขึ้นในมะเร็งหลายตำแหน่งรวมถึงมะเร็งหลอดอาหาร ทางทฤษฎีการฉายรังสีปรับความเข้มสามารถลดปริมาณรังสีไปยังอวัยวะปกติและเพิ่มปริมาณรังสีไปยังเป้าหมายได้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงจะทำการศึกษาประโยชน์ของการรักษามะเร็งหลอดอาหารด้วยการฉายรังสีปรับความเข้มทั้งการฉายรังสีแบบปรับความเข้มแบบไม่หมุนทิศทางลำรังสีในขณะฉายรังสี (Fixed-gantry IMRT) และการฉายรังสีแบบหมุนรอบตัวแบบปรับความเข้ม (Volumetric Modulated Arc Therapy: VMAT) เมื่อเทียบกับการฉายรังสีแบบสามมิติ (3DCRT) วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อประเมินข้อมูลปริมาณรังสี อัตราการรอดชีวิต ความคุ้มค่าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเทคนิคปรับความเข้มเปรียบเทียบกับเทคนิคสามมิติ

## วิธีการศึกษา

วิธีการสืบค้น : ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยจาก Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) และ MEDLINE ซึ่งตีพิมพ์ระหว่างมกราคม ค.ศ.1990 ถึง ธันวาคม ค.ศ. 2015 เกณฑ์การคัดเลือกการศึกษา : การศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมและการทดลองแบบกึ่งทดลองซึ่งเปรียบเทียบผลการรักษาด้วย Fixed-gantry IMRT หรือ VMAT กับ 3DCRT ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร การเก็บและแยกข้อมูล : ผู้วิจัยสามคนทำการประเมินคุณภาพของการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาที่ถูกคัดเข้าโดยอิสระแยกจากกัน

## ผลการศึกษา

งานวิจัย 6 การศึกษาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า Fixed-gantry IMRT ไม่มีความแตกต่างกันของสมมูลของปริมาณรังสีที่ตำแหน่งเป้าหมายที่ต้องการฉายรังสี (CI) หรือความแตกต่างของปริมาณรังสีที่ตำแหน่งก้อนมะเร็ง (HI) เมื่อเทียบกับการฉายรังสีสามมิติ ในขณะที่ VMAT มี CI ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันของ HI และเมื่อเปรียบเทียบปริมาณรังสีที่อวัยวะปกติได้รับพบว่าทั้ง Fixed-gantry IMRT และ VMAT สามารถลดปริมาณการได้รับปริมาณรังสี 20 Gy ขึ้นไป (V20) และค่าเฉลี่ยที่ปอดได้รับรังสี (MLD) ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ VMAT ยังสามารถลดค่าเฉลี่ยปริมาณรังสีสูงสุดที่ไขสันหลังได้รับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ไม่พบมีการศึกษาใดที่แสดงถึงการควบคุมโรคเฉพาะตำแหน่ง อัตราการกระจายของโรค อัตรา

**Moving together: The best for the most**

การรอดชีพโดยไม่มีการเติบโตของโรค อัตราการรอดชีพโดยปราศจากโรค หรืออัตราการรอดชีพโดยรวม และไม่พบการศึกษาที่แสดงถึงความคุ้มค่า หรือ คุณภาพชีวิต หรือ ผลข้างเคียงของการรักษา

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

งานวิจัยที่รวบรวมได้แสดงให้เห็นว่า VMAT มีค่า CI ที่ดีกว่า 3DCRT ทั้ง Fixed-gantry IMRT และ VMAT สามารถลด V20 ของปอดและ MLD และ VMAT ลดค่าปริมาณรังสีสูงสุดที่ไขสันหลังได้รับลงได้ อย่างไรก็ตามไม่พบหลักฐานที่แสดงถึงผลทางคลินิกของผลข้างเคียงของการรักษาทั้งแบบเฉียบพลันและระยะยาว การควบคุมโรคเฉพาะตำแหน่ง อัตราการกระจายของโรค อัตราการรอดชีพโดยไม่มีการเติบโตของโรค อัตราการรอดชีพโดยปราศจากโรค หรือ อัตราการรอดชีพโดยรวมและไม่มีหลักฐานที่แสดงถึงความคุ้มค่าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการศึกษาวิจัยในอนาคตที่ศึกษาประโยชน์ทางคลินิกดังกล่าวรวมถึงความคุ้มค่าต่อไป

## Moving together: The best for the most

รูปแบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยต้อหินต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการหยอดยาตา: การทบทวนอย่างเป็นระบบ  
(Model of Education Intervention in Glaucoma Patients to Improve Adherence :  
A Systematic review)

เสาวลักษณ์ คุณทวี, ลินดา อ่องนก และ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ผู้นำเสนอ      นางสาวเสาวลักษณ์ คุณทวี

### บทคัดย่อ

#### บทนำ

โรคต้อหินเป็นกลุ่มโรคที่มีการทำลายของขั้วประสาทตา สาเหตุจากความดันในลูกตาที่เพิ่มสูงขึ้นจากความเสื่อมข้างในลูกตาหรือเพิ่มสูงจากยาที่ใช้ อุบัติเหตุหรือการผ่าตัด สำหรับผู้ที่ตรวจพบเป็นต้อหินในระยะแรกๆ นั้น สายตาก็ยังปกติอยู่ ไม่มีอาการปวดหรือผิดปกติใดๆ แต่เมื่อปล่อยให้โรคนี้ลุกลาม ลานสายตาแคบลง มองวัตถุลำบากในที่มืด อาจเห็นเป็นสีรุ้งรอบๆ ดวงตา คลื่นไส้ อาเจียนและปวดศีรษะมาก ถ้าไม่รักษาผู้ป่วยจะสูญเสียการมองเห็นจนตาบอดในที่สุด ผู้ป่วยต้อหินที่มารับบริการส่วนใหญ่พบปัญหาความดันตาสูงเนื่องจากขาดยา ยาหมดก่อนนัด หยอดยาตาไม่ต่อเนื่อง ขาดความตระหนักถึงปัญหาตาบอดที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยต้อหินต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการหยอดยาตา เพื่อจะนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยต้อหินเพื่อป้องกันตาบอดและสายตาสีเลือนรางได้อย่างเหมาะสม วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยต้อหินต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการหยอดยาตา (Improve Adherence) ในการทบทวนงานวิจัย RCT ที่ศึกษาในผู้ป่วยต้อหินแบบ Long-term Study

#### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากเอกสารที่เป็นผลงานวิจัยและได้รับการเผยแพร่ผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์จนถึงปัจจุบัน สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล MEDLINE ผ่าน PubMed โดยดำเนินการตามกลยุทธ์การสืบค้น ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันตาสูงหรือผู้ป่วยต้อหินที่ได้รับการรักษาด้วยยาหยอดลดความดันตาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ Education Intervention กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ การวัดผลลัพธ์ ได้แก่ พฤติกรรมการหยอดยารักษาต้อหินต่อเนื่อง (Improve medical adherences) ระดับความดันตา (Intraocular pressure, IOP) และ การเปลี่ยนแปลงของค่าความดันตา (IOP fluctuation) จากการสืบค้นข้อมูลได้เอกสารรายงานการศึกษาจำนวน 6 การศึกษา โดยพิจารณาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์ (outcome measures) ที่เป็นการศึกษาระยะยาว แบ่งตามประเภทของเอกสารที่ศึกษาได้ดังนี้ ประเภท RCT จำนวน 4 การศึกษา และประเภท systematic reviews studies จำนวน 2 การศึกษา

#### ผลการศึกษา

รูปแบบการให้ Intervention ควรเริ่มตั้งแต่ในช่วง 1 เดือนแรกของการรักษาจะช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาต้อหินในผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้มีการวินิจฉัยโรคจากจักษุแพทย์ การให้ความรู้แบบรายบุคคล สอนวิธีหยอดยาตาแบบเข้าใจง่ายและฝึกทักษะการหยอดยา ช่วยให้ผู้ป่วยหยอดยาตามแผนการรักษา ช่วยควบคุม

**Moving together: The best for the most**

ความดันตาและควบคุมโรคได้ สื่อการสอนควรมีความหลากหลายทั้งสื่อวิดีโอ คู่มือและความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงตาบอดจากต้อหิน การสอนสาธิต การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน เพื่อกระตุ้นเตือนเรื่องการหยอดยาตาและซักถามปัญหาของผู้ป่วย

การให้ข้อมูลเน้นที่ความรู้และปรับเปลี่ยนความเชื่อดั้งเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการได้รับข้อมูลซ้ำในช่วงที่มาตรวจตามนัดและสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือเกิดโรคร่วมระหว่างการรักษา ควรเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลร้ายของต้อหิน และให้ผู้ป่วยเชื่อว่าพวกเขาสามารถควบคุมโรคและสาเหตุของโรคได้ การติดตามการรักษาระยะยาวจำเป็นในผู้ป่วยต้อหินเพื่อจะช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาต้อหินที่แย่ง

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

สรุปได้ว่ารูปแบบ Intervention ที่ประสบความสำเร็จในการใช้ส่งเสริม Glaucoma medication adherence คือการให้คำปรึกษาแบบ face-to-face เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior change) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน (education about glaucoma)

การพัฒนาโปรแกรมการสอนและส่งเสริม Self management ของผู้ป่วยต้อหิน มีส่วนช่วยจักษุแพทย์ในการรักษา บุคลากรทีมสุขภาพควรได้รับการฝึกทักษะการสอน การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงควรมีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยต้อหินที่ควบคุมความดันตาไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมการหยอดยาตาที่ไม่ถูกต้องในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลอย่างมั่นคงและยั่งยืน

## Moving together: The best for the most

แบบจำลองเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อช่วยในการตัดสินใจประเมินความคุ้มค่าของทางเลือกในการดูแลสุขภาพ  
ต่างๆ ในประชากรผู้สูงอายุกลุ่มที่พักอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ

(Economic Decision Analytic Models in Care Home Populations)

พรชัย ประเสริฐวิชากรกุล

โรงพยาบาลปัตตานี

ที่ปรึกษางานวิจัย : David Turner (University of East Anglia, United Kingdom)

ผู้นำเสนอ นายแพทย์พรชัย ประเสริฐวิชากรกุล

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัญหาประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบันเป็นปัจจัยสำคัญที่กดดันให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรผู้สูงอายุกลุ่มที่พักอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Care home populations) เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้มักจะมีสุขภาพที่ไม่ดีนัก มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงกว่าประชากรสูงอายุกลุ่มปกติ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้กำหนดนโยบายที่จะต้องจัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มนี้อย่างคุ้มค่า โดยใช้หลักการอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Model-based economic evaluation) ในการช่วยในการตัดสินใจ โดยการศึกษาเรื่องนี้มุ่งที่จะทบทวนงานวิจัย (เฉพาะประเภท Model-based economic evaluation) ทุกเรื่องที่ทำการศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ของทางเลือกในการดูแลสุขภาพต่างๆ ในประชากรผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวเพื่อที่จะได้มาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะสนับสนุนการเลือกใช้ทางเลือกในการดูแลสุขภาพต่างๆ ได้อย่างคุ้มค่า

## วิธีการศึกษา

การค้นหางานวิจัยที่จะนำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ถูกกำหนดเกณฑ์การค้นหาโดยการใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 2 แห่ง ได้แก่ MEDLINE และ EMBASE คำสำคัญที่ใช้ในการค้นหา มี 3 หัวข้อ คือ 1) Economic decision analytic models 2) Elderly age group 3) Care home setting

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษานี้จะต้องเป็นการศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ของทางเลือกในการดูแลสุขภาพต่างๆ ในประชากรผู้สูงอายุกลุ่มที่พักอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ เฉพาะประเภทที่ใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์เท่านั้น และจะต้องตีพิมพ์หลังปี ค.ศ. 2000 เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเรื่องระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่ล้าสมัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) งานวิจัยจะถูกดำเนินการคัดออกจากการศึกษานี้ถ้าหากงานวิจัยนั้นๆ ไม่ใช้การศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์อย่างเต็มรูปแบบ ยกตัวอย่าง เช่น costing study ต่างๆ นอกจากนี้ งานวิจัยที่เป็นประเภท Poster abstract ซึ่งไม่มี Full-text paper หรือ Review paper ต่างๆ ก็จะถูกดำเนินการคัดออกด้วย

### Moving together: The best for the most

กระบวนการคัดเลือกงานวิจัยเข้าสู่การศึกษา (Study selection) ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การระบุงานวิจัยที่มีศักยภาพเข้าเกณฑ์การศึกษาโดยการคัดกรองจากชื่อเรื่อง/บทคัดย่อ 2) งานวิจัยที่ผ่านการดำเนินการขั้นตอนที่ 1 แล้ว จะถูกคัดเลือกอีกครั้งเพื่อคัดเลือกงานวิจัยที่ติดเงื่อนไขเกณฑ์คัดออกทิ้งไป จนสุดท้ายได้งานวิจัยทั้งหมดที่นำมาทบทวนในการศึกษานี้ในที่สุด การรายงานผลความคุ้มค่าจะรายงานโดยใช้ Incremental cost-effectiveness ratio (ICER) เป็นหลัก (ในกรณีที่งานวิจัยนั้นๆ เป็นชนิด Cost-utility analysis (CUA) หรือ Cost-effectiveness analysis (CEA)) และใช้ Net present value (NPV) แทน ICER ในกรณีที่งานวิจัยนั้นๆ เป็นชนิด Cost-benefit analysis (CBA)

### ผลการศึกษา

ในเบื้องต้นมีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การค้นหาล้วน 1,559 เรื่อง หลังจากคัดกรองแล้วมีงานวิจัยที่มีศักยภาพเข้าเกณฑ์การศึกษาเหลือ 19 เรื่อง แต่มีงานวิจัย 4 เรื่องที่ติดเงื่อนไขเกณฑ์คัดออก ดังนั้นสุดท้ายแล้วจึงเหลืองานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่องที่ถูกนำมาทบทวนในการศึกษานี้ ลักษณะสำคัญของงานวิจัยที่ถูกนำมาทบทวนในการศึกษา (Results of study characteristics) ประกอบไปด้วยงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี 2003-2015 จำนวน 15 เรื่อง เกี่ยวข้องกับลักษณะทางคลินิก 4 หัวข้อ ได้แก่ การป้องกันกระดูกหักจากการหกล้ม การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกัน/รักษาโรคไขข้ออักเสบ และการคัดกรองวัณโรค

ผลการทบทวนความคุ้มค่าของทางเลือกในการดูแลสุขภาพต่างๆ มี Health intervention ซึ่งถูกนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความคุ้มค่าทั้งสิ้น 27 รายการ

### สรุป และข้อเสนอแนะ

พบว่า มี Health intervention เพียงไม่กี่อย่างเท่านั้นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างเพียงพอสำหรับการขยายผลนำไปประยุกต์ใช้จริงในประชากรผู้สูงอายุกลุ่มที่พักอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุได้อย่างคุ้มค่า ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกันกระดูกสะโพกหัก (Hip protectors) การใช้ฟูกนอนกระจายแรงดัน (Pressure redistribution mattresses) และการพลิกตัวทุก 4 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงการฉีดวัคซีนไขข้ออักเสบเพื่อป้องกันโรคไขข้ออักเสบ และการใช้ยา Oseltamivir ในการรักษาโรคไขข้ออักเสบ/ป้องกันโรคไขข้ออักเสบในช่วงที่มีฤดูกาลระบาดของโรค (post exposure prophylaxis) โดยจะเห็นได้ว่า Health intervention ที่กล่าวมาข้างต้นส่วนใหญ่จะถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายแล้วพอสมควรในประเทศไทย ยกเว้นก็เพียงแค่ อุปกรณ์ป้องกันกระดูกสะโพกหัก (Hip protectors) ซึ่งยังมีใช้น้อยมากในประเทศไทยทั้งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนเรื่องความคุ้มค่าของอุปกรณ์ตัวนี้ไปในแนวทางเดียวกันอย่างชัดเจน ซึ่งในอนาคตผู้เขียนเห็นว่าอุปกรณ์ตัวนี้มีความน่าสนใจที่สุดในการนำไปพัฒนาต่อยอดทั้งในเชิงการวิจัย (โดยการเปลี่ยน Model inputs ที่เป็นข้อมูลของประเทศไทยเอง) และในเชิงปฏิบัติ (ถ้าหากผลการศึกษาคความคุ้มค่าจากการใช้ Model inputs ที่เป็นของประเทศไทยเองยืนยันผลไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาทบทวนนี้)

## Moving together: The best for the most

## การวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหาภัยสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา

มานพ คณะโต<sup>1</sup> และ สุจิตตา ฤทธิมนตรี<sup>2</sup><sup>1</sup>เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น<sup>2</sup>โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ผู้นำเสนอ นางสุจิตตา ฤทธิมนตรี

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยมองว่าภัยสุขภาพมีโทษมากกว่าประโยชน์กำหนดให้ภัยสุขภาพเป็นพิษเสพติดผิดกฎหมาย รัฐบาลแต่ละประเทศพยายามที่จะค้นหาวิธีการที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหายาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้ทำให้การแพร่ระบาดนั้นลดลงหรือหายไป และจากกระบวนการพัฒนานโยบายด้านภัยสุขภาพของสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันแตกต่างกันตามบริบทแต่ละประเทศจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจถึงกระบวนการทางนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process) และการจัดการแก้ไขปัญหายาให้เหมาะสมรวมทั้งบทบัญญัติทางกฎหมายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทยได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาค้นคว้านโยบายและกระบวนการจัดทำนโยบายการแก้ไขและกระบวนการจัดทำนโยบาย การแก้ไขปัญหายาในสหรัฐอเมริกาศรีและประเทศอังกฤษ 2) ศึกษาวิเคราะห์เชิงลึกในประเด็น ปัจจัยขึ้นนำการกำหนดนโยบาย นโยบายที่ดำเนินการในช่วงระยะเวลาต่างๆ การประเมินผลนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และ 3) พัฒนาข้อเสนอแนะการกำหนดทิศทางนโยบายแก้ไขปัญหายาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศไทย

## วิธีการศึกษา

การดำเนินการโครงการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการแก้ไขปัญหายาในสหรัฐอเมริกาศรีและประเทศอังกฤษเป็นการศึกษาเอกสารรายงานการวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ จำกัดเฉพาะองค์ความรู้ที่ได้จากข้อค้นพบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหายาที่ดำเนินการวิจัยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาศรีและประเทศอังกฤษในอดีตจนถึง ค.ศ. 2015

## ผลการศึกษา

การพัฒนานโยบายและการจัดการปัญหายาเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศอังกฤษนั้น ถูกทำขึ้นในบรรยากาศทางการเมือง ซึ่งมักไม่ค่อยเห็นว่าการขึ้นไปตามอุดมคติของการสร้างนโยบายที่ยึดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศอังกฤษ ประสิทธิภาพของพระราชบัญญัติการใช้ยาเสพติดปี 1971 (Misuse of Drugs Act 1971:MDA1971) เป็นหนึ่งในสิ่งที่ถูกอภิปรายและถกเถียงกันในช่วงกว้างของกฎหมายด้านยาเสพติดเมื่อเริ่มก่อตั้ง MDA1971 อยู่ในสภาพที่มั่นคง เนื่องจากมียาเสพติดไม่มากนัก ที่มีการเปลี่ยนแปลงมาตราขึ้นหรือลง แต่เมื่อนานมานี้ ด้วยข้อยกเว้นเพียงเล็กน้อย มีการโต้แย้งในวงสาธารณะถึงธรรมชาติของระบบขึ้นมา และนี่ได้เปลี่ยนแปลงการจัดประเภทใหม่ให้กับปัญหายาในปี 2004 จากเดิม Class B เป็น Class C ผ่านการตัดสินใจแบบกลับด้านระหว่างรัฐบาลในขณะนั้นกับสมาชิกแกนนำของสภาที่ปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดในปี 2009 อย่างไรก็ตามการใช้หลักฐานในการกำหนดนโยบายด้านยาเสพติดยังคงถูกทำให้เป็นปัญหามากและยาวนานโดยการคุมเชิง

### Moving together: The best for the most

ทางการเมือง และความล้มเหลวต่อการรับการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เมื่อหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แสดงบทบาทของตน แต่ก็มีแนวโน้มที่จะเป็นไปได้เพียงขอบเท่านั้น

ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา การพัฒนานโยบายและการจัดการปัญหาเกี่ยวกับกัญชามีความสัมพันธ์กับการควบคุมและการใช้กัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ในการแพทย์ และการใช้เพื่อความบันเทิงรื่นเริง การใช้ การจำหน่าย และครอบครองกัญชาถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลาง การผลักดันจากหลายทางที่พยายามปรับเปลี่ยนตาราง (reschedule) หรือจัดระดับกัญชาในพระราชบัญญัติการควบคุมสารเสพติด อย่างไรก็ตามมีบางรัฐได้สร้างข้อยกเว้นให้กับการใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้ เฉกเช่นเดียวกับการใช้กัญชาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ที่ได้รับการลดโทษใน 4 รัฐ คือ อลาสกา โคโลราโด โอเรกอน และวอชิงตัน การขายและการครอบครองกัญชานั้นถูกกฎหมาย ทั้งสำหรับใช้ในทางการแพทย์ และใช้แบบไม่ใช่ทางการแพทย์ ส่วนวอชิงตันดีซี กำหนดให้การใช้กัญชาแบบส่วนตัวนั้นถูกกฎหมาย แต่ไม่ถูกกฎหมายถ้าเป็นการค้า ใน 23 รัฐและรัฐในเขตของโคลัมเบีย กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในปริมาณที่กำหนด และ 14 รัฐได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อลดโทษของกัญชา การเคลื่อนไหวนี้พยายามจะทำให้การครอบครองกัญชามีโทษเพียงปร้อยอย่างเดียวไม่ใช่จำคุก โดยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มจะทำการเปลี่ยนประเภทของกัญชาใหม่ จากกลุ่มที่ 1 ไปสู่กลุ่มที่ 2 สารเสพติดที่ได้รับการยอมรับว่ามีผลในเชิงการแพทย์และจะแก้ไขกฎหมายของรัฐบาลกลางที่จะช่วยให้แต่ละรัฐสามารถกำหนดนโยบายเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของตนเองได้กระทำการละเว้นโทษกัญชาในระดับชาติ อนุญาตให้แพทย์สแนมจ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้กับทหารผ่านศึกเพื่อรักษาอาการบาดเจ็บที่ร้ายแรงและโรคเรื้อรัง กฎหมายจะไม่ถูกบังคับใช้เป็นกฎหมายกัญชาทางการแพทย์ 50 รัฐ แต่จะสนับสนุนให้รัฐตั้งโปรแกรมกัญชาทางการแพทย์ของตัวเอง และป้องกันไม่ให้มีการบังคับใช้กฎหมายของรัฐบาลกลางฟ้องร้องต่อผู้ป่วย แพทย์ และผู้ดูแลผู้ป่วยในรัฐเหล่านั้น และเมื่อประเมินผลกระทบในการใช้กฎหมายเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ส่วนรัฐโคโลราโดและรัฐวอชิงตันพบว่า ไม่ปรากฏว่ามีผู้ใช้รายใหม่เพิ่มขึ้นหรืออันตรายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาแต่พบว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มปริมาณการใช้ในหมู่ผู้ใช้ในปัจจุบัน

### สรุป และข้อเสนอแนะ

นโยบายและการจัดการปัญหากัญชาในแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับมาตรการ ซึ่งเป็นไปตามกระบวนทัศน์ของกฎหมายในแต่ละประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตร มีความแปรปรวนในการใช้ดุลพินิจและระบบศาลในแต่ละประเทศ อีกทั้งความแตกต่างในการบังคับใช้กฎหมายในแต่ละประเทศรวมถึงทิศทางการกฎหมายในการลดโทษทางอาญาให้กับผู้ใช้กัญชาที่มีความหลากหลาย ดังนั้นการพิจารณาแยกกัญชาออกจากยาเสพติดชนิดอื่น การลดทอนความเป็นอาญาและกลับไปอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้เหมือนกับบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.กัญชา 2477 และแก้ไขกฎหมายยาเสพติด รวมถึงพิจารณาเรื่องโทษและอันตรายของกัญชา จะช่วยให้สังคมไทยสามารถกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมกับพืชกัญชาในสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## Moving together: The best for the most

**ประสิทธิผลการออกกำลังกายแบบแรงต้านในผู้สูงอายุภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย : การทบทวนอย่างเป็นระบบ**  
 สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, สมฤดี เนียมหอม, พิมพ์นารา ดวงดี และ ธงธน เพิ่มบดศรี  
 สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

**ผู้นำเสนอ** นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี

**บทคัดย่อ****บทนำ**

ผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจะเกิดข้อจำกัดทางกายภาพนำไปสู่ภาวะเปราะบาง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจำกัด เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต การออกกำลังกายชนิดที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (resistance exercise) จะทำให้ความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น โดยออกกำลังกายชนิดนี้จะได้ผลดีแม้กระทั่งผู้ที่มีอายุมากซึ่งอาจจะใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น (มากกว่า 8 สัปดาห์) จึงจะเห็นผลซึ่งปกติในผู้ที่มีอายุน้อยจะใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์และควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแรงต้านในผู้สูงอายุภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายแบบแรงต้าน หรือวิธีอื่นๆ

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบโดยสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูล MEDLINE ผ่าน PubMed และฐานข้อมูล CENTRAL ผ่าน Cochrane มีการศึกษาที่ตรงตามเกณฑ์กำหนดจำแนกประเภทการศึกษาเป็น Randomized Controlled Trials (RCTs) 2 การศึกษา และ Quasi-experimental 1 การศึกษา

**ผลการศึกษา**

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีค่าเฉลี่ยของ muscle mass (kg) และ muscle strength : Grip strength (kg) ไม่แตกต่างจากการไม่ออกกำลังกายแบบแรงต้าน หรือวิธีอื่นๆ

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

จากการวิเคราะห์ Meta-analysis พบว่า การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีค่าเฉลี่ยของ muscle mass (kg) และ muscle strength (kg) ไม่แตกต่างจากการไม่ออกกำลังกายแบบแรงต้าน หรือวิธีอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาที่คัดเลือกไม่มีความแตกต่างกัน ( $I^2 = 0\%$ ) ทั้งสองผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีแนวโน้มว่า muscle strength จะเพิ่มขึ้นซึ่งมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่จะสามารถทำกิจวัตรประจำวัน (Activity daily living : ADL) ได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิต (Quality of life : QoL) ดีขึ้น

การศึกษาที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบนี้มีเพียง 3 การศึกษาซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย หากนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจอาจได้รับผลลัพธ์ที่บิดเบือนไป จึงควรเพิ่มการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ควรคำนึงผลกระทบที่เกิดจากวิธีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน

## Moving together: The best for the most

## ต้นทุนประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอโดยเครื่องมือ Ligasure vessel sealing system จากมุมมองของผู้ให้บริการ

ฉันทนา ชินกรสกุล, พงษกร อนุญา, อธิฤทธิ์ คำฟอง, บุนหา หาญพนา, สุรัฐญา ศิริอาชากุล และ  
ฉวีวรรณ เจริญสม  
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ผู้นำเสนอ      เกสัชกรพงษกร อนุญา

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การทำผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอเป็นหัตถการที่โหด คอ นาสิกแพทย์ทำเป็นปกติและแพร่หลาย โดยเฉพาะ การผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ลิ้นซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากลำคอเป็นตำแหน่งที่มีเส้นเลือดหลักและเส้นเลือดขนาดเล็กอีกจำนวนมาก ซึ่งภาวะเลือดออกขณะผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ระยะเวลาการผ่าตัดนานขึ้น ผู้ป่วยเสียเลือดมากขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด โดยปกติทั่วไป การผ่าตัดและห้ามเลือดโดยวิธีธรรมดา คือ การผูกและตัดเส้นเลือด การใช้ monopolar หรือ bipolar electrocautery สำหรับเส้นเลือดที่มีขนาดเล็ก ในปัจจุบันมีการใช้เครื่องมือช่วยผ่าตัดซึ่งมีประสิทธิภาพในการหยุดเลือดและทำให้เกิดอันตรายต่อนอเยื่อข้างเคียงค่อนข้างน้อย โดยได้มีการใช้เครื่องมือ Ligasure vessel sealing system ในการช่วยผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคออย่างแพร่หลายมากขึ้น

การใช้เครื่องมือ Ligasure vessel sealing system ในการช่วยผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และมีรายงานว่า เป็นเครื่องมือที่เชื่อถือได้และปลอดภัย ซึ่งสามารถลดปริมาณเลือดออกขณะผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณเลือดออกหลังผ่าตัด และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงมีประโยชน์ในการนำเครื่องมือ Ligasure vessel sealing system มาใช้ในการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือ Ligasure vessel sealing system มีราคาแพง ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูง ดังนั้นการพิจารณาความเหมาะสมในการนำเครื่องมือ Ligasure vessel sealing system มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งาน ซึ่งการนำเครื่องมือ Ligasure vessel sealing system มาใช้ยังไม่มีการศึกษาค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอโดยใช้เครื่องมือ Ligasure vessel sealing system ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีวัตถุประสงค์การวิจัยคือเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการใช้เครื่องมือ Ligasure vessel sealing system เทียบกับวิธีธรรมดาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

## Moving together: The best for the most

**วิธีการศึกษา**

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลต้นทุน เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังและต่อมน้ำเหลืองที่คอ โดยใช้ Ligasure vessel sealing system เทียบกับวิธีธรรมดา(Clamp-and-tie) ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 42 ราย ที่มารักษาในปีงบประมาณ 2556 – 2558

**ผลการศึกษา**

ต้นทุนในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งเรื้อรังและต่อมน้ำเหลืองที่คอ โดยใช้ Ligasure vessel sealing system ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเฉลี่ย 46,538.78 บาทต่อราย และวิธีธรรมดาเฉลี่ย 26,714.57 บาทต่อราย ประสิทธิภาพเมื่อใช้ Ligasure vessel sealing system เทียบกับวิธีธรรมดา พบว่าปริมาณเลือดออกขณะผ่าตัดเป็น 50 มิลลิลิตร และ 150 มิลลิลิตร ระยะเวลาการผ่าตัดเป็น 60 นาที และ 70 นาที ปริมาณเลือดออกหลังผ่าตัดเป็น 110 มิลลิลิตร และ 140 มิลลิลิตร ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็น 7 วัน และ 8 วัน ตามลำดับต้นทุน ประสิทธิภาพ ปริมาณเลือดออกขณะผ่าตัด (ICER=205.87บาท/มิลลิลิตร) ระยะเวลาการผ่าตัด (ICER=2,058.73 บาท/นาที) ปริมาณเลือดออกหลังผ่าตัด (ICER=686.24บาท/มิลลิลิตร) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (ICER=20,587.31 บาท/วัน)

**สรุป และเสนอแนะ**

จากผลการศึกษาด้านต้นทุนประสิทธิผลในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี มีความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฝรั่งเศส แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาในประเทศเยอรมัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และควรทำในหลายสถานที่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นภาพรวมของประเทศ

## Moving together: The best for the most

**ต้นทุน-ประสิทธิผลของการผ่าตัดกระดูกต้นคอด้านหน้าในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรงจากการกดทับไขสันหลัง ส่วนคอด้วยการใช้ Expandable Corpectomy Device เปรียบเทียบกับการผ่าตัดกระดูกต้นคอด้านหลัง**  
 วีระวัฒน์ สุขสง่า, สาสี ผ่องสว่าง, สุนีย์ ศรีสว่าง และศศิวิมล โฆษขุนพันธ์  
 โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

**ผู้นำเสนอ** นางสาว สาสี ผ่องสว่าง

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การผ่าตัดแก้ไขการกดทับไขสันหลังส่วนคอโดยการตัดกระดูกต้นคอหรือหมอนรองกระดูกที่กดทับออก ต้องมีการเชื่อมกระดูกบริเวณที่ผ่าตัด โดยการใช้กระดูกของผู้ป่วยจากธนาคารกระดูกซึ่งอาจมีผลข้างเคียง หรือ วัสดุทดแทนแต่มีข้อจำกัดด้านราคาแพง Expandable cervical device (ECD) เป็นอุปกรณ์ทดแทนในการเชื่อมกระดูกมีข้อดีด้านความแข็งแรงและสามารถปรับระยะให้พอดีกับบริเวณที่เชื่อมกระดูกแต่มีข้อจำกัดด้านราคา การผ่าตัดเปิดกระดูกต้นคอสามารถเปิดได้ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง การผ่าตัดเปิดกระดูกต้นคอด้านหลังอาจเกิด ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้านความมั่นคงของแนวกระดูกต้นคอและการดึงรั้งเส้นเลือดที่เลี้ยงไขสันหลังโรงพยาบาล ประสาทเชียงใหม่ใช้Expandable cervical device เป็นอุปกรณ์ทดแทนในการเชื่อมกระดูกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์โดยการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ของการผ่าตัดกระดูกต้นคอด้านหน้าด้วยการใช้ Expandable Corpectomy Device เปรียบเทียบกับการผ่าตัด กระดูกต้นคอด้านหลัง

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยศึกษาจากข้อมูล ย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วย Cervical spondylotic myelopathy ของโรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีโรคร่วมเหมือนกันแพทย์ทำผ่าตัดเป็นคนเดียวกัน โดยเปรียบเทียบต้นทุน- ประสิทธิภาพที่ผลลัพธ์การผ่าตัด Modified Ranking Scale เพิ่มขึ้น 2 ระดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553- 2558

## ผลการศึกษา

พบว่าต้นทุน - ประสิทธิภาพการผ่าตัดกระดูกต้นคอด้านหน้าด้วยการใช้ ECD ที่มีผลลัพธ์ตามเกณฑ์ที่ กำหนด มีต้นทุนที่ต้องจ่ายเพิ่มต่อผู้ป่วยหนึ่งรายเท่ากับ 55,489.77 บาท และหากต้นทุนการผ่าตัดลดลงต้นทุนที่ ต้องจ่ายเพิ่มจะลดลงตาม การศึกษาข้อมูลย้อนหลังไม่สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ

## ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาต้นทุน – อรรถประโยชน์เพิ่มเติม เพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจ เจริญนโยบาย

## Moving together: The best for the most

## การวิเคราะห์ต้นทุนเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้าแรงสูง (MRI 3T) ระหว่างการลงทุนโดยสถาบันประสาทวิทยา และเอกชนลงทุน

(The unit cost analysis in MRI 3Tesla between investment by Prasat Neurology Institute and outsource)

เฉลิมพร เจริญวิกรม และ ศรายุทธ วงศ์เหลา  
สถาบันประสาทวิทยา

ผู้นำเสนอ นางเฉลิมพร เจริญวิกรม

## บทคัดย่อ

## บทนำ

สถาบันประสาทวิทยาได้เปิดบริการตรวจผู้ป่วยด้วยเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้าแรงสูงขนาด 3 เทสลา โดยเอกชนลงทุน (Outsource) มีระยะเวลาโครงการ MRI outsource 6 ปี ระหว่างปีพ.ศ. 2555-2561 เหลือระยะเวลาอีกประมาณ 2 ปีจะหมดสัญญา ทางกลุ่มงานประสาทรังสีวิทยาจึงเห็นควรให้มีการวิเคราะห์ต้นทุนระหว่างการลงทุนโดยสถาบันประสาทวิทยาและการลงทุนโดยเอกชน เพื่อทราบความแตกต่างของจุดคุ้มทุนระหว่างการลงทุนทั้ง 2 แบบ และเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจแก่ผู้บริหารการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้าแรงสูง (MRI 3T) ระหว่างการลงทุนโดยสถาบันประสาทวิทยาและเอกชนลงทุน

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบเชิงพรรณนา ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข วิเคราะห์ต้นทุนแบบ Cost - Minimization Analysis โดยสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ และเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ MRI ย้อนหลัง 4 ปี (พ.ศ. 2555-2558) ทำการคำนวณหาต้นทุนตาม Activity Base Costing ของข้อมูลต้นทุนสถาบันประสาทวิทยากับข้อมูลต้นทุนที่เอกชนลงทุนคิดค่าเสื่อมราคา 6 ปี วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนที่สถาบันประสาทวิทยาลงทุนกับข้อมูลต้นทุนที่เอกชนลงทุน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบตารางเก็บข้อมูลต้นทุน การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนด้านเศรษฐศาสตร์ โดยใช้ 1) ข้อมูลต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมของสถาบันประสาทวิทยาเปรียบเทียบกับข้อมูลต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมของเอกชนลงทุนและ 2) วิเคราะห์จุดคุ้มทุน (Break-even Point) ดังสมการ  $\text{Break-Even Point} = \frac{\text{Total Fixed Cost}}{\text{Price per Unit} - \text{Variable Cost per Unit}}$  ของสถาบันประสาทวิทยาและเอกชนลงทุน

## ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ต้นทุนเปรียบเทียบระหว่างสถาบันประสาทวิทยาและเอกชนลงทุน พบว่าผลต่างของต้นทุนรวมทางตรง (TDC) เป็นจำนวนเงิน 2,934.11 บาทต่อส่วนตรวจ และทางอ้อม (IDC) เป็นจำนวนเงิน 586.82 บาทต่อส่วนตรวจ ดังนั้นผลต่างต้นทุนรวมเป็นจำนวนเงิน 3,520.93 บาทต่อส่วนตรวจเมื่อนำต้นทุนของสถาบันประสาทวิทยาและเอกชนมาวิเคราะห์หาจุดคุ้มทุนต่อปี พบว่า Break-Even Point ของสถาบันประสาทวิทยามีค่าน้อยเท่ากับ 6,996.00 ส่วนตรวจต่อปี ส่วนเอกชนลงทุนอย่างน้อย 7,153.00 ส่วนตรวจต่อปีจึงจะคุ้มทุน กำหนดให้มีจำนวนส่วนตรวจ 8,613.60 ส่วนตรวจต่อปีเมื่อพิจารณาต้นทุนเครื่องแม่เหล็กไฟฟ้าแรงสูง

**Moving together: The best for the most**

(MRI 3T) ของสถาบันประสาทวิทยาและเอกชนลงทุน พบว่าต้นทุนของสถาบันประสาทวิทยาลงทุนเป็นจำนวนเงิน 4,076.17 บาทต่อส่วนตรวจและต้นทุนรวมของเอกชนมาลงทุนเป็นจำนวนเงิน 7,597.10 บาทต่อส่วนตรวจ เมื่อนำต้นทุนมาเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่าต้นทุนของสถาบันประสาทลงทุนเองน้อยกว่าต้นทุนเอกชนลงทุนเป็นจำนวนเงิน 3,520.93 บาทต่อส่วนตรวจในการเปรียบเทียบจุดคุ้มทุนสถาบันประสาทวิทยาลงทุนถึงจุดคุ้มทุนเร็วกว่า

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

การลงทุนเครื่องแม่เหล็กไฟฟ้าแรงสูง (MRI 3T) โดยสถาบันประสาทวิทยาในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพมีต้นทุนน้อยกว่าเอกชนลงทุน แต่มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณในการลงทุนเนื่องจากมีมูลค่าการลงทุนสูง สถาบันประสาทวิทยามีงบประมาณจำกัดในการลงทุนและควรเปรียบเทียบกับเอกชนในด้านการบริหารงานโดยเอกชนมีความคล่องตัวกว่า ด้านกำลังคน ระยะเวลารอคิวตรวจและการบริการ ซึ่งอาจต้องนำมาพิจารณาควบคู่กัน เพื่อเป็นข้อมูลรอบด้านในการตัดสินใจ

**Moving together: The best for the most****How to Establish Universal Newborn Hearing Screening, 4 years of experience in Trang**

Tulakan Mukkun

Trang Hospital

**Presented by** Dr. Tulakan Mukkun**Abstract****Introduction**

Hearing loss is one of the most common congenital disorders, with an estimated incidence of one to three per thousand newborns. The incidence of congenital hearing loss is more common than congenital hypothyroidism, phenylketonuria and other inborn errors of metabolism which were screened routinely. In the past, the hearing was screened in only high risk newborns. But half of congenital hearing loss was also occurred in low risk newborns. After that, the universal newborn hearing screening (UNHS) has been implemented especially in the developed countries for early detection within three months together with early intervention by six months of life. In Thailand, most of the university hospitals and some tertiary hospitals have the UNHS. But there has not been implementation in the provincial area, because of the scarcity of the budget, and the lack of trained personnel or audiologists. The perseverance to establish the UNHS in Trang province, 9 district hospital and 1 provincial hospital, was accomplished since October 2013 with the well-supported budget form Trang provincial administrative organization and good cooperation of hospital networks and the trained nurses. The purpose of this study aims to share the experience on how to establish the first province of universal newborn hearing screening (UNHS) in Thailand and to report the results of 3 consecutive years of UNHS in Trang.

**Materials and Methods**

All newborns in Trang province October 2013 - September 2016. This study is descriptive study.

**Results****Part 1: There were 3 main obstacles to be solved to establish the program.**

1. There is no supported budget from the central government to run the UNHS. The UNHS project was presented to the administrators of Trang Provincial public health office to recognize the importance of UNHS for early detection of the newborns with hearing problem, and for early rehabilitation. After that, the chief of Trang provincial public health office has signed the budget request to Trang provincial administrative organization. After discussion and

**Moving together: The best for the most**

debating for the budget in 2-year-process, the budget was allocated 3,100,000 baht to purchase the hearing screening machines.

2. The lack of audiologists and no trained personnel to run the UNHS. The nurses from every hospital in Trang were trained to run the TEOAE and Automated ABR.

3. There is no any province in Thailand running the project before. The system of the UNHS was designed and discussed with the directors of every hospital in Trang to establish the hospital network for the program.

**The protocol for the low risk newborn is as followings.** Forty-eight hours after birth, the low risk newborn underwent TEOAE. If the result is pass, the counseling is given to their parents how to monitor language development. If unpassed, the appointment is made for repeated screening in 1 month. If the repeated screening is still unpassed, they will be sent to Trang hospital for otoscopy, ABR and ASSR for diagnosis. If it is diagnostic tests are normal, they will be followed-up for language development at 6 months. If the diagnostic tests are abnormal, they will enter the auditory rehabilitation program.

**The protocol for the high risk newborn:** The double protocol, TEOAE/ AABR, was used for screening before discharge. If any tests were unpassed, they will be sent to perform diagnostic tests.

**Part 2: The results of UNHS program from October 2013- September 2016.**

There were 22,145 newborns in Trang, 21,083 (95.2%) were screened. The high risk newborns were 1,287 (6.1%). The low risk group was 19,796 (93.9%). The referral rate of TEOAE was 7.3%. In the low risk pass group, there was 1 child with Waardenberg syndrome with still normal hearing. And there was 1 child (0.005%) developing severe hearing loss after 1½ years. In unpassed low risk group, there were 153 unpassed children after repeated TEOAE in 1 month. In this group, after diagnostic tests, 151 were normal, only 2 were severe hearing loss, 1 was Mondini dysplasia, and 1 was normal on imaging. In high risk group, 72 (5.6%) were unpassed. After diagnostic tests, 71 (98.6%) was normal, only 1 child has had severe hearing loss with normal imaging. All of these 0.014% of all screened newborns or 0.013% of all newborns was finally abnormal.

**Conclusion**

The rate of congenital hearing loss is not as high as in the literatures, but the UNHS is still important to the newborns and their parents.

## Moving together: The best for the most

## ประสิทธิผลของการรักษาด้วยแกมมาไนฟ์ (Gamma knife) ในผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง : การทบทวนอย่างเป็นระบบ

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, สุริรัตน์ เชื้อผู้ดี, อรุณี ไทยะกุล, พิมลพรรณ ทองอุ่น, ณัฐธยา สง่า, พัชรียา ยิ่งอินทร์, และอมรรัตน์ วิจิตรลีลา

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้นำเสนอ นางสาวพิมลพรรณ ทองอุ่น

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาเนื้องอกในสมอง ซึ่งจะได้ผลดีหากก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งที่สามารถทำการผ่าตัดได้และไม่เกิดผลข้างเคียงต่อระบบประสาท กรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดออกยาก อาทิ ตำแหน่งที่มีสมองส่วนที่สำคัญอยู่ใกล้เคียง การผ่าตัดอาจทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อเนื้อสมองได้ โดยเฉพาะเมื่อก้อนเนื้องอกมีขนาดเล็ก แกมมาไนฟ์ (Gamma knife) เป็นการใช้รังสีศัลยกรรมในการรักษา โดยใช้ลำรังสีขนาดเล็กจากหลายทิศทางเล็งไปยังจุดโฟกัสเดียวกันที่ก้อนเนื้องอกในสมอง ทำให้ก้อนเนื้องอกได้รับรังสีปริมาณสูง แต่อวัยวะข้างเคียงได้รับรังสีในปริมาณต่ำ อย่างไรก็ตาม แกมมาไนฟ์มีต้นทุนสูงและต้องมีทีมบุคลากรที่มีความรู้และทักษะการใช้งานเป็นอย่างดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกในสมองด้วยแกมมาไนฟ์เปรียบเทียบกับวิธีอื่นๆ อาทิ การผ่าตัด

## วิธีการศึกษา

เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล MEDLINE ผ่าน PubMed ดำเนินการสืบค้นข้อมูลตามกลยุทธ์การสืบค้น ได้เอกสารรายงานการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 1,005 การศึกษา คัดเลือกเฉพาะเอกสารที่เกี่ยวข้องจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อในเบื้องต้นได้จำนวน 54 การศึกษา เมื่อพิจารณาเอกสารการศึกษาลบเพิ่มเติมจากรายงานการศึกษาที่ได้รับ โดยพิจารณาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับการเปรียบเทียบการรักษาด้วยแกมมาไนฟ์ (Gamma knife) กับการผ่าตัด (surgery/microsurgery) ในผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง ได้จำนวน 10 รายงาน การศึกษาที่ตรงตามเกณฑ์กำหนด จำแนกประเภทรายงานการศึกษาเป็น randomized controlled trial 1 การศึกษา cohort studies 2 การศึกษา retrospective cohort studies 5 การศึกษา และ case-control studies 2 การศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น การคัดเลือกเอกสาร การประเมินคุณภาพเอกสาร และการแยกข้อมูล โดยผู้วิจัย 2 คนทำการคัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องจากชื่อเรื่องและบทคัดย่ออย่างเป็นอิสระต่อกัน

การวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ระบบประสาทบริเวณใบหน้า การคงการได้ยิน อัตราการควบคุมเฉพาะที่ของมะเร็ง อัตราการกลับเป็นซ้ำ ขนาดของเนื้องอกหลังจากการรักษา อัตราการบรรเทาของโรค อัตราการมีชีวิตรอดโดยไม่มี การดำเนินโรคของมะเร็ง อัตราการรอดชีพโดยปราศจากโรค จำนวนวันนอนโรงพยาบาล คุณภาพชีวิต อัตราการป่วย และอัตราการตาย

## Moving together: The best for the most

### ผลการศึกษา

การรักษาด้วยแกมมาไนฟ์จะให้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 3 เซนติเมตร และอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญ ซึ่งมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่าการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจากการสังเคราะห์ข้อมูล ตามกลุ่มโรคได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่ม acoustic neuroma ที่รักษาด้วยแกมมาไนฟ์ มีผลลัพธ์ทางคลินิกด้าน facial nerve function, hearing function, ocular symptom และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่การรักษาด้วยแกมมาไนฟ์ พบการเกิดภาวะน้ำคั่งในสมอง (hydrocephalus) เนื่องจากผลกระทบจากรังสีทำให้การดูดซึมน้ำไขสันหลังผิดปกติ และเนื้องอกชนิดนี้เป็น Protein secreting tumor ซึ่งทำให้เกิด Communicating hydrocephalus ได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการติดตามภาวะดังกล่าวภายหลังการรักษา
2. ผู้ป่วยกลุ่ม meningiomas ชนิดที่ไม่มีอาการทางสมอง เมื่อเปรียบเทียบการรักษา 3 วิธี ได้แก่ การสังเกตอาการโดยการมาตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ การผ่าตัด และการรักษาด้วยแกมมาไนฟ์ พบว่าผลการรักษาทั้ง 3 วิธี ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาอาการทางคลินิกและผลลัพธ์สุดท้าย ดังนั้นการรักษาเนื้องอกชนิดนี้ด้วยแกมมาไนฟ์ จึงเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งให้กับผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยกลุ่ม brain metastases จากผลการศึกษาของทั้ง 3 รายงานการศึกษา ไม่สามารถสรุปในทิศทางเดียวกันได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาประเภท randomized controlled trial พบ อัตราการรอดชีวิต และอัตราการกลับมาเป็นซ้ำที่เดิมของการรักษาทั้ง 2 วิธีไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่รักษาด้วยแกมมาไนฟ์มีอาการจากผลข้างเคียงของการรักษารุนแรงน้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษา 6 สัปดาห์ดีกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีทั้งสมอง

### สรุป และข้อเสนอแนะ

แกมมาไนฟ์มีประสิทธิผลในการรักษาเนื้องอกสมองไม่แตกต่างจากวิธีผ่าตัด แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า โดยเฉพาะก้อนเนื้องอกที่มีขนาดเล็กและอยู่ในตำแหน่งที่ผ่าตัดได้ยาก ข้อจำกัดของการรักษาด้วยแกมมาไนฟ์ คือสามารถใช้รักษาเฉพาะกับรอยโรคบริเวณศีรษะเท่านั้น ซึ่งเป็นก้อนเนื้อที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 3 เซนติเมตร อย่างไรก็ตาม การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกใช้แกมมาไนฟ์ในระบบสุขภาพ ควรคำนึงถึงผลกระทบด้านงบประมาณและสภาพเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการรักษาด้วยแกมมาไนฟ์มีค่าใช้จ่ายสูงมาก

## Moving together: The best for the most

การเปรียบเทียบประสิทธิผลการป้องกันภาวะกรามติด (Trismus) ระหว่างการบริหารขากรรไกรด้วยวิธีพลวัต และวิธีผสมผสานในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

วันวิสา ทองทา และ ศุภฤตา แสงเปลี่ยน

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ผู้นำเสนอ นางสาววันวิสา ทองทา

## บทคัดย่อ

## บทนำ

จากสถิติ 5 ปีย้อนหลังพบมะเร็งศีรษะและคอ มากเป็นลำดับ 1 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับรังสีรักษา ร้อยละ 25.9 ในปี 2559 ภาวะกรามติดเป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่พบมากที่สุด (Moderate Trismus) (15-30mm) ร้อยละ 17.02 มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่นการรับประทานอาหาร การพูด การทำความสะอาดช่องปาก การใส่ฟันปลอม การตรวจในช่องปาก และการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าป้องกันโดยการบริหารขากรรไกร จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบริหารขากรรไกรเพื่อป้องกันภาวะกรามติด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการป้องกันภาวะกรามติด ระหว่างการบริหารขากรรไกรด้วยวิธีพลวัตและวิธีผสมผสานในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการป้องกันภาวะกรามติด ระหว่างการบริหารขากรรไกรด้วยวิธีพลวัตและวิธีผสมผสานในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังครบรังสีรักษาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกลุ่มละ 30 ราย ตั้งแต่กรกฎาคม 2559 – มิถุนายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Independent t-test

## ผลการศึกษา

กลุ่มที่บริหารขากรรไกรด้วยวิธีพลวัตมีระยะอ้าปากหลังครบรังสีรักษาเฉลี่ยลดลง 0.533 เซนติเมตร และวิธีผสมผสาน เพิ่มขึ้น 0.537 เซนติเมตร

## สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มที่บริหารขากรรไกรด้วยวิธีผสมผสานมีระยะอ้าปากสูงกว่ากลุ่มพลวัต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถนำวิธีผสมผสานมาใช้ในการพัฒนาการป้องกันภาวะกรามติด

## ข้อเสนอแนะ

ภาวะกรามติดเป็นผลข้างเคียงระยะยาวผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้ตระหนักถึงความจำเป็นของการฝึกบริหารขากรรไกรอย่างต่อเนื่องและติดตามหลังรังสีรักษา

**Moving together: The best for the most**

**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลราชวิถี**

(Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Sepsis Patients, Rajavithi Hospital)

คำพอง คำนนท์, หทัยรัตน์ โชคชัยธนากร และ สุขญาธร คัมสุภา

โรงพยาบาลราชวิถี

**ผู้นำเสนอ** นางสาวคำพอง คำนนท์

**บทคัดย่อ****บทนำ**

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและรุนแรง ทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง ภาวะดังกล่าวเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล แต่ยังคงพบว่ามีหลากหลายของการปฏิบัติทางการพยาบาล การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 คือ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .97 ระยะที่ 2 คือ ระยะการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 18 ราย ประเมินจากแบบประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย 2) การวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) การประเมินผู้ป่วยซ้ำ และ 5) การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และการจัดกลุ่มเนื้อหา

**ผลการศึกษา**

พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยเนื้อหา 5 หมวด คือ 1) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย 2) การวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) การประเมินผู้ป่วยซ้ำ และ 5) การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้พบว่า ร้อยละ 100 ของพยาบาลระบุว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความง่ายและสามารถนำไปใช้ได้ 4 หมวด ได้แก่ การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การประเมินผู้ป่วยซ้ำ และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลร้อยละ 97.6 มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ หลังจากได้ปรับปรุงเนื้อหาข้างต้นแล้ว และควรมีการติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

## Moving together: The best for the most

## ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

นรากร สารีเหล็ก<sup>1</sup>, อัจฉรา คำมะทิตย์<sup>2</sup>, กรรณิกา นามหย่อง<sup>1</sup>, และว่าที่ ร.ต.รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ<sup>3</sup><sup>1</sup>โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี, <sup>2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุดรธานี, <sup>3</sup>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ผู้นำเสนอ นายนรากร สารีเหล็ก

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ทางการเมืองและทางสังคมในปัจจุบัน ส่งผลสะท้อนให้เกิดปัญหาวิกฤติต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเด็กและเยาวชน ที่ถือว่าเป็นปัญหาวิกฤติที่สำคัญ มี 4 อย่าง คือ ปัญหายาเสพติด ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพกาย - จิตและจิตเวช และปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จำเป็นจะต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญระดับชาติ เป็นปัญหาที่ “เป็นภัยคุกคาม กัดกร่อน บ่อนทำลาย” โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยใช้ระบบการดูแลโดยเน้นการดูแลที่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในสถานบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดตามภูมิภาคต่างๆ การดูแลจะเน้นที่ตัวผู้ติดยาและสารเสพติดมากกว่าครอบครัว ทำให้บางครั้งครอบครัวไม่เข้าใจในตัวผู้ป่วย เมื่อกลับไปในสภาพแวดล้อมเดิมทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาและสารเสพติดเหมือนเดิม และยังไม่พบสถานบำบัดรักษายาเสพติดใดในประเทศไทยที่มีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้เสพยาและสารเสพติด ระหว่างการมารับบริการอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน นอกจากจะเป็นการดูแลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่มีผลวิจัยยืนยันเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการมีสมาชิกในครอบครัวที่ติดสารเสพติด ผลกระทบดังกล่าวได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งและความรุนแรงในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวแย่ง คุณภาพชีวิตไม่ดี มีปัญหาในการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานน้อยลง นอกจากนั้นยังมีปัญหาเชิงสังคมที่พบว่า ครอบครัวผู้ติดสารเสพติดมักหลีกเลี่ยงสังคมเนื่องจากอับอายและต้องการปกปิดเรื่องราวที่มีการใช้สารเสพติด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติของครอบครัวต่อผู้ติดสารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ติดสารเสพติด

## วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีผู้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนและช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด โดยเปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครที่เป็นสมาชิกครอบครัว และเป็นผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ในระยะของการดำเนินการวิจัยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางคนถอนตัวจากการวิจัย คงเหลือกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน โดยกลุ่ม

**Moving together: The best for the most**

ทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอภัยภูธรรักษา (Standard Care) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมมีการวัด 3 ครั้ง คือก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม M-TFS และแบบประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบวัดทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และคำถามเชิงโครงสร้าง เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi square และ Repeated Measures ANOVA

**ผลการศึกษา**

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F = 24.29, p < 0.001$  ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.29
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F = 23.09, p < 0.001$  ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.29
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F = 24.21, p < .001$  ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.34
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F = 25.17, p < 0.001$  ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.30

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

โปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS) มีความเหมาะสม เพื่อช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดควรมีการเผยแพร่ผลงานแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลงานด้านยาเสพติดในรูปแบบชุดโปรแกรมและพัฒนาเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับโรงพยาบาลอภัยภูธรรักษาอื่นๆ หรือโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

## Moving together: The best for the most

## การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ

ฉวีวรรณ ภักดีธนากุล<sup>1</sup>, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ<sup>2</sup>, อรุณี ไทยะกุล<sup>2</sup>, สุรรัตน์ เชื้อผู้ดี<sup>2</sup>, พิมลพรรณ ทองอุ่น<sup>2</sup>, ณัฐธยา สง่า<sup>2</sup>, อรัญญา ดาวเรือง<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สถาบันทันตกรรม, <sup>2</sup>สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

ผู้นำเสนอ นางสาวณัฐธยา สง่า

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัญหาหลักทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ คือการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุมีโอกาสสูญเสียฟันจากโรคในช่องปากได้ตลอดเวลาและต่อเนื่องจนเป็นการสูญเสียฟันทั้งปาก การรักษาจึงเป็นการถอนฟันหรือการเก็บรักษาฟันให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ ซึ่งเป็นการบริการทันตกรรมที่มีความซับซ้อน และอาศัยวิทยาการทางทันตกรรมหลายสาขาโดยต้องมีการจัดบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ รวมถึงการรักษาทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้ให้บริการทางทันตกรรมจำเป็นต้องมีการวางแผนการรักษาและให้บริการอย่างเป็นระบบและเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยและให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งปัจจุบันการบริการทันตสุขภาพยังไม่มีระบบและรูปแบบการบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพทางช่องปาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพภาครัฐระดับต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถาบันการแพทย์เฉพาะทางในสังกัดกรมการแพทย์

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้วิธีการสำรวจด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ 6 building blocks plus ได้แก่ ระบบบริการ อัตรากำลัง ระบบข้อมูล ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ งบประมาณ การนำและการอภิบาล และความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้ากลุ่มงานทันตแพทย์/ทันตภิบาลในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 752 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้อำนวยการทันตแพทย์/ทันตภิบาล และผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานบริการสุขภาพ โดยเลือกหน่วยงานที่เป็นตัวแทนแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 16 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

## ผลการศึกษา

จากการส่งแบบสอบถามการให้บริการทันตกรรมผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพจำนวน 752 แห่ง ได้รับการตอบกลับจำนวน 379 แห่ง (ร้อยละ 50.40) จำแนกเป็นสัดส่วนดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ 18/30 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 37/60 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 140/258 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 169/384 แห่ง และสถาบันการแพทย์เฉพาะทาง 15/20 แห่ง พบว่า 1) ด้านระบบบริการ มีการจัดคลินิกทันตกรรมเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 15.39, 10.81 และ 9.29 ตามลำดับ มีการจัดบุคลากรเฉพาะสำหรับให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 25.44 รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล

**Moving together: The best for the most**

ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 10.81 และ 8.57 ตามลำดับ และสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่มีการจัดช่องทางพิเศษสำหรับให้บริการผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยเฉลี่ยร้อยละ 50.68 2) ด้านอัตรากำลัง โรงพยาบาลศูนย์มีทันตแพทย์เฉลี่ย 18 คนต่อแห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 12 คนต่อแห่ง สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง 5 คนต่อแห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 4 คนต่อแห่ง ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำในหน่วยงานร้อยละ 34.64 โดยบางแห่งที่ไม่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ จะมีการจัดทันตแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนหมุนเวียนให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน 3) ด้านระบบข้อมูล สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการทันตกรรมผู้สูงอายุในระบบฐานข้อมูล แต่ไม่มีการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างกลุ่มงาน/หน่วยงาน 4) ด้านครุภัณฑ์และอุปกรณ์ สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีอุปกรณ์เฉพาะในการให้บริการทันตกรรมผู้สูงอายุ โดยมีสถาบันการแพทย์เฉพาะทางจำนวน 1 แห่ง ที่มีเตียงทันตกรรมเฉพาะสำหรับให้บริการผู้สูงอายุ 5) ด้านงบประมาณ ในปี 2556–2559 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 50 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 48.64 และ 30.17 เรียงตามลำดับ 6) ด้านการนำและการอภิบาล สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ แต่ไม่มีนโยบายด้านทันตกรรมผู้สูงอายุที่ชัดเจน 7) ด้านความร่วมมือ การมีความร่วมมือด้านทันตกรรมผู้สูงอายุกับภาคส่วนต่างๆ เช่น อสม. และเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พบในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉลี่ยร้อยละ 52.99 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้บริหารและทันตแพทย์/ทันตภิบาลส่วนใหญ่เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขควรมีการผลักดันนโยบายด้านทันตกรรมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ควรจัดให้มีหลักสูตรการดูแลรักษาผู้สูงอายุด้านทันตกรรมโดยเฉพาะสำหรับทันตแพทย์และทันตภิบาล รวมทั้งทักษะการดูแลและการสื่อสารผู้สูงอายุสำหรับผู้ช่วยทันตแพทย์ นอกจากนี้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ควรมีการให้บริการเชิงรุกร่วมกับอสม. และเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุควรมีทันตแพทย์ให้การดูแลด้านทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และนอกจากการจัดช่องทางพิเศษ ควรจัดวันหรือช่วงเวลาสำหรับให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

การจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสุขภาพภาครัฐส่วนใหญ่ไม่มีการจัดคลินิกทันตกรรมสำหรับให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขพบว่ามีจำนวนไม่มาก รวมทั้งยังไม่มีการจัดทันตบุคลากรและการจัดหาครุภัณฑ์/อุปกรณ์เฉพาะสำหรับให้บริการผู้สูงอายุที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม การที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. และชมรมผู้สูงอายุ ในการจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากขึ้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ควรนำไปประกอบการศึกษาการพัฒนา รูปแบบคลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยต่อไป

## Moving together: The best for the most

## ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

วิริรงค์ สุทธิกุล, ภิระติ ธงสันเทียะ, ราเชนร์ สุโท, นิรมล ผาเวท, นารี บัวทอง และพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม  
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร

ผู้นำเสนอ นางสาวพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะแรก (Primary head injury) อาการทั่วไปอาจปกติดีแต่พบการเปลี่ยนแปลงภายหลัง ซึ่งจัดว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงเรียกว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 (Secondary head injury) ซึ่งหมายถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรกโดยใช้ระยะเวลาเป็นนาที ชั่วโมงหรือเป็นวัน พบอาการแสดงถึงการบาดเจ็บระยะที่ 2 ดังนี้ มีภาวะเลือดออกในสมองชั้นใน (Intracranial hematoma) สมองบวม (Cerebral edema) ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) และภาวะสมองเคลื่อน (Brain displacement) ซึ่งอาการดังกล่าวถ้าได้รับการประเมินล่าช้าและไม่ได้รับการแก้ไขที่รวดเร็วอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาท การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดช้าลง ต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก วันนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและพบอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูงขึ้น ทั้งนี้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของกรุงเทพมหานครซึ่งในปี พ.ศ.2556มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 18,259 คน เสียชีวิต 66 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ของอุบัติเหตุที่เกิดจากการจราจร พบว่ามีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรง 4,500 คน ในจำนวนนี้พบภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 ถึง 96 คน ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยแบ่งระยะของการดูแลเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะการประเมินผู้ป่วย 2) ระยะการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย และ 3) ระยะก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย การพัฒนาระบบการดูแลดังกล่าวสามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 ได้ครอบคลุม แต่พบว่าเครื่องมือที่ช่วยในกระบวนการการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบันและรูปแบบไม่เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน การปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ การใช้ผลงานวิจัย และการใช้แนวปฏิบัติเพื่อการคัดกรองและประเมินภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 อย่างเป็นระบบ เพื่อจุดมุ่งหมายให้เกิดระบบปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

## Moving together: The best for the most

## วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย 1) คู่มือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรง 2) แบบทดสอบความรู้และแบบทดสอบการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 1) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรง 2) แบบบันทึกการเฝ้าระวังที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรง 3) แบบบันทึกผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย กระบวนการวิจัย 1) ทดสอบความรู้และการปฏิบัติหลังการให้ความรู้และการปฏิบัติเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลต้องได้คะแนนความรู้และการปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 80 2) นำเครื่องมือไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยศึกษาจำนวน ลักษณะและระยะเวลาที่พบการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon signed rank test

## ผลการศึกษา

พบว่า ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ,  $p=.000$  ตามลำดับ) และสอบทบทวนกระบวนการดูแลได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทั้งหมด ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับบริการ (1 ตุลาคม 2558 – 30 เมษายน 2560 ) จำนวน 6,923 คน พบว่าเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยกลุ่มความเสี่ยงต่ำ 4,171 คน (ร้อยละ 60.3) กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง 1,206 คน (ร้อยละ 17.5) และกลุ่มความเสี่ยงสูง 1,546 คน (ร้อยละ 22.2) และพบภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 ทั้งสิ้น 169 คน โดยพบว่าเป็นผู้อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง 34 คน (ร้อยละ 20) และกลุ่มความเสี่ยงสูง 135 คน (ร้อยละ 80) ช่วงเวลาที่พบภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 พบได้ 3 ช่วงเวลา คือ พบหลังประเมินอาการแรกรับ 164 คน (ร้อยละ 97) พบขณะที่สังเกตอาการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 คน (ร้อยละ 2.4) และพบหลังจากจำหน่ายจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วกลับมาตรวจซ้ำ 2 คน (ร้อยละ 0.6)

## สรุป และข้อเสนอแนะ

1. ด้านบุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้และทักษะที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงโดยมีการอบรมอย่างต่อเนื่องทุกปี
2. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรง ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยสามารถค้นพบการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 ได้รวดเร็วคือ พบหลังประเมินอาการแรกรับ 164 คน (ร้อยละ 97) พบขณะที่สังเกตอาการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 คน (ร้อยละ 2.4) จำนวน 2 คนพบอาการเปลี่ยนแปลงที่เลวลงจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการผ่าตัดโดยเร่งด่วน และพบหลังจากจำหน่ายจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วกลับมาตรวจซ้ำ 2 คน (ร้อยละ 0.6) ซึ่ง 2 คนนี้พบอาการเปลี่ยนแปลงโดยเข้าหลักเกณฑ์ที่ต้องมาตรวจรักษาซ้ำจากการให้ข้อมูลของพยาบาลก่อนจำหน่ายทั้งหมดนี้ไม่พบการเสียชีวิตในกลุ่มนี้เลย
3. ด้านระบบการปฏิบัติการพยาบาล มีคู่มือและนวัตกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล มีเครื่องมือในการประเมินผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงที่เหมาะสมโดยสหวิชาชีพและแนวทางการดูแลที่ชัดเจน

## Moving together: The best for the most

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดแบบใหม่ต่อการเกิดภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

(Effective of Modification Chemotherapy Protocol on Extravasation Patients Malignancy Nopparat Ratchatane Hospital)

พวงทอง จินดากุล และคณะหน่วยเคมีบำบัด

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ผู้นำเสนอ นางพวงทอง จินดากุล

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ภาวะ extravasation คือ การรั่วซึมของยาเคมีออกนอกหลอดเลือดดำ ทำให้ยาเคมีทำลายเนื้อเยื่อ เอ็น ซึ่งระดับความรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีและการให้การพยาบาลเมื่อยาเคมีรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ความรุนแรงของภาวะนี้คือทำให้เกิดเนื้อเยื่อตายอย่างรุนแรง (tissue necrosis) ซึ่งภาวะนี้พบได้ถึง 10-25% (Gonzalez, 2013) ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือปลูกถ่ายเซลล์ผิวหนังใหม่ และระดับที่รุนแรงที่สุดของภาวะนี้คือ การสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนที่เกิดเนื้อตาย จากการทบทวนงานวิจัย เอกสารทางวิชาการ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ extravasation มี 2 ปัจจัยหลักคือ 1) ด้านบุคลากร ได้แก่ การขาดความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ประสบการณ์ และการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในคลินิก ซึ่งอาจทำให้การเลือกใช้อุปกรณ์และเครื่องมือไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการเลือกหลอดเลือด ขาดเทคนิคในการยึดตรึงเข็มกับผิวหนังให้กระชับและขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว เป็นต้น 2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับยาเคมีบำบัดมาหลายครั้ง ผ่านการฉายแสงมาก่อน เส้นเลือดเล็กหรือหาเส้นยาก มีโรคร่วมที่ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดผิดปกติ และการขาดความรู้ทำให้ขาดการระมัดระวังต่อบริเวณที่ให้ยา และไม่ทราบอาการที่ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบในทันที สถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยเคมีบำบัดพบว่าภาวะ extravasation เป็นปัญหาที่พบได้มากโดยเฉพาะยากลุ่ม Vesicants drugs ซึ่งจากสถิติตัวชี้วัดของหน่วยเคมีบำบัดพบภาวะ extravasation ทุกเกรด 20% (สถิติหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, 2015) ปัจจุบันแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะ extravasation จะรวมอยู่ในมาตรฐานการบริหารยาเคมีบำบัด ซึ่งไม่มีรายละเอียดชัดเจน และครอบคลุมในส่วนของการป้องกันภาวะ extravasation ร่วมกับการศึกษาพบว่า การป้องกันการเกิดเป็นวิธีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างแนวปฏิบัติจาก evidence based practice guideline โดยศึกษาจากผลงานวิจัย และเอกสารทางวิชาการมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่ประกอบไปด้วย การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร การพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การนำนวัตกรรม เทคโนโลยีที่ทันสมัย และการติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งมีความเหมาะสมและครอบคลุมในการป้องกันการเกิดภาวะ extravasation ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ extravasation เพื่อให้ได้วิธีการที่เป็นความรู้ที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันภาวะextravasation ต่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลแนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดแบบใหม่

### Moving together: The best for the most

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะExtravasationในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต่อการเกิดภาวะ Extravasationในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2)เปรียบเทียบการเกิดภาวะExtravasation ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะExtravasation ปัจจุบันกับการใช้แนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัด แบบใหม่ ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

#### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบ Therapeutic efficacy research แบบ Non Randomized with historical controlled จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยการกำหนดอำนาจในการทดสอบร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ขนาดการศึกษากลุ่มควบคุม 220 รายเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน กลุ่มทดลอง 223 ราย (เพิ่มจากค่าที่ประมาณไว้อีกร้อยละ 5 กรณีออกจากการศึกษาก่อนกำหนด) กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดแบบใหม่เพื่อป้องกันภาวะ extravasation เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดแบบใหม่เพื่อป้องกันภาวะ extravasationจากการได้รับยาเคมีบำบัดประกอบไปด้วย 1) แนวปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจาก evidence based practice guideline 2) การนำเทคโนโลยีคือเครื่อง ACCU vein เพื่อช่วยให้มองเห็นหลอดเลือดได้ชัดเจนขึ้น 3) นวัตกรรมหมอนรองกระชับเส้นหนึ่งเพื่อตรึงบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัดให้อยู่นิ่งและป้ายเพิ่มความรู้และเตือนความจำเพื่อให้ผู้ป่วย เฝ้าระวัง ประเมินและรายงานความรู้สึกทันทีที่มีความผิดปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเกิดภาวะExtravasation วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน และ risk regression for correlated data

#### ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม 220 รายและกลุ่มทดลอง 223 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป 2 กลุ่ม ผลงานวิจัยพบว่า ตำแหน่งในการให้ยาเคมีบำบัด ระยะเวลาในการได้รับยาเคมีบำบัด ลักษณะที่เกิดภาวะ extravasation ประสบการณ์การเกิดภาวะ extravasation มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะ extravasation ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$

#### สรุป และข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดแบบใหม่เพื่อป้องกันภาวะ extravasationจากการได้รับยาเคมีบำบัดนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ extravasation ได้ดี เนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติที่ทำให้บุคลากรและผู้ป่วยตระหนักในการป้องกันภาวะ extravasation และสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดภาวะ extravasation ได้อย่างรวดเร็ว และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งการป้องกันและการลดระดับความรุนแรงของภาวะ extravasation จึงควรนำแนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดแบบใหม่เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ extravasationในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทุกราย

## Moving together: The best for the most

การพัฒนาระบบคัดกรองตามมาตรฐานของ Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(Triage system development from Emergency Severity Index (ESI) in Emergency Department)

นารี บัวทอง, กานดา ตูลาธร, สมพร ศรีพันดร และวิจิรงค์ สุทธิกุล  
โรงพยาบาลพรัตนราชธานี

ผู้นำเสนอ นางสาวสมพร ศรีพันดร

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพรัตนราชธานีเดิมใช้ระบบการคัดกรองของตามแนวคิดของ CTAS (Jimenez, Murray, Beveridge, et al., 2003) ใช้แบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ (ปรณัฐ สุเชื้อน, 2554) พบว่าไม่มีความละเอียดพอทำให้เกิดปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยตกเกณฑ์มาตรฐาน (Under Triage) ซึ่งพบว่าผู้ป่วย ได้รับการดูแลแบบไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาระบบการคัดกรองใหม่ โดยใช้หลักการของ ESI (Emergency Severity Index) ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งกำหนดเป็นมาตรฐานการคัดกรองของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของประเทศไทย (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551, 2557) โดยแบ่งผู้ป่วยละเอียดขึ้นเป็น 5 ระดับ การพัฒนาใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีระบบ (System Theory) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยมีปัจจัยนำเข้า (Input) การวิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการแก้ไขปัญหา เข้าสู่กระบวนการพัฒนา (Process) และศึกษาผลลัพธ์ (Output) โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานเพื่อจุดมุ่งหมายให้เกิดระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐานของ ESI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ 2) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐานของ ESI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบหนึ่งกลุ่มศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Prospective after intervention study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 31 คน 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือน มกราคมถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้กำหนดเป็นกรอบของระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บข้อมูล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและการทดลองแบบทดสอบความรู้ ได้ค่าความยากง่าย = 0.58 ค่าอำนาจจำแนก = 0.33 แบบสอบถามการปฏิบัติการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอน

**Moving together: The best for the most**

บราด (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ =0.96 วัดความสอดคล้องกัน (measure of agreement) ด้วย Kappa analysis =1

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และการปฏิบัติตามใช้สถิติ Paired t-test เมื่อข้อมูลกระจายเป็นโค้งปกติและ Wilcoxon signed rank test เมื่อข้อมูลกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ 3) จำนวนการเกิด Over Triage และ Under Triage และภาวะแทรกซ้อนที่พบโดยแสดงความถี่ ร้อยละ

**ผลการศึกษา**

พบว่าการพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างพยาบาล มีคะแนนความรู้ระหว่าง 8-18เฉลี่ย 12.53 (SD =2.53) หลังให้ความรู้ 12-18 โดยมีเฉลี่ย 14.53 คะแนน (SD = 1.53) เมื่อแบ่งระดับความรู้ เป็นกลุ่มพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.1) มีความรู้ระดับพอใช้ หลังพัฒนาระบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นทั้งหมด เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การพัฒนาระบบคัดกรองตามมาตรฐานของ ESI กลุ่มก่อนให้ความรู้ และหลังให้ความรู้ด้วยสถิติ Paired t – test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) คะแนนการปฏิบัติการการพัฒนาระบบคัดกรองตามมาตรฐานของ ESI หลังให้ความรู้ มีค่าระหว่าง 16-38 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 22.21 (SD = 3.39) จำนวนผู้ป่วย 383 คน การเกิด Over Triage 25 คนและ Under Triage 84 คน และภาวะแทรกซ้อนในกลุ่ม Under Triage พบในกลุ่ม ESI 3 และ ESI 4 ซึ่งต้องใช้ประสบการณ์ของพยาบาลและการรักษาของแพทย์

**อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

ต้องเพิ่มการกำกับกรวิจัยเพื่อควบคุมระบบให้ตรงกับการวิจัยที่ตั้งไว้ ต้องเพิ่มระยะเวลาการกำกับมากขึ้น เนื่องจากผู้ปฏิบัติมีข้อจำกัดของเวลา ผลลัพธ์ที่ได้น่าจะพบ Under Triage น้อยกว่านี้ ผลการวิจัยนี้ยืนยันความสำเร็จของการใช้ แนวคิดของทฤษฎีระบบ (System Theory) ในการพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติ

## Moving together: The best for the most

การพัฒนาารูปแบบบริการทางการแพทย์: กรณีการตรวจสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเชิงรุกชุมชนในคลินิก

หมอครอบครัว ณ อำเภอเมืองสงขลา

(Model Development: Active Elderly Health Check up in Primary Care Cluster at Songkla Hospital.)

พัชรี พุทธชาติ และอภิญา ชุมเปีย

โรงพยาบาลสงขลา

ผู้นำเสนอ แพทย์หญิงพัชรี พุทธชาติ

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ไปปฏิบัติในสถานการณ์และพื้นที่ที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ทรัพยากรและนโยบาย ถือเป็นความท้าทายของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้มาตรฐานด้านการแพทย์ที่ดีและเกิดขึ้นได้จริงในพื้นที่ ภายหลังจากที่กรมการแพทย์และภาคีเครือข่ายได้พัฒนาแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ทางโรงพยาบาลสงขลาได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการนำแนวทางไปปฏิบัติจริง เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ อีกทั้งยังคาดหวังเพื่อให้เป็นรูปแบบสำหรับสถานบริการอื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ป้องกัน โดยใช้กลไกคลินิก หมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ให้เกิดประสิทธิภาพและสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยต้องเริ่มต้นที่ชุมชนมิใช่พึ่งพิงบริการจากภาครัฐเท่านั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์ด้านการจัดการบริการตรวจสุขภาพในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยทดลองนำร่องที่โรงพยาบาลสงขลา ขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้ แต่งตั้งคณะทำงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด สถานบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ประชุมคณะทำงานเพื่อปรึกษาหารือในการกำหนดขอบเขต รูปแบบ/กิจกรรมดำเนินงาน จัดทำแผนปฏิบัติงาน มอบหมายงานรับผิดชอบตามแนวทางการดูแลหลังการตรวจสุขภาพ ด้านการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการดูแลรักษา และการส่งต่อ ประชากรเป้าหมายในการจัดการบริการตรวจสุขภาพในชุมชน คือ กลุ่มผู้สูงอายุ พื้นที่ดำเนินการเป็นชุมชน 4 แห่ง ได้แก่ ชุมชนตลาดหิน ชุมชนเตาหลวง ชุมชนกุโบ และชุมชนพานิชย์ ในเขตเทศบาลสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ก่อนเริ่มดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การใช้แบบประเมินสุขภาพ การจดบันทึก และดำเนินการสำรวจประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการ หลังจากนั้นออกปฏิบัติงานตามแผน มีการสรุปผลการตรวจแจ้งผลการตรวจสุขภาพต่อผู้รับบริการ และคืนข้อมูลให้สถานบริการสุขภาพที่รับผิดชอบพื้นที่ชุมชนแต่ละแห่ง ทั้งนี้ การแจ้งผลการตรวจสุขภาพในรายการตรวจพบภาวะปกติจะแจ้งโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน ในรายการตรวจพบ

**Moving together: The best for the most**

ผิติดปกติแจ้งผลการตรวจสุขภาพโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวประจำ PCU ให้การดูแลรักษา และติดตามการรักษาทุก 3 เดือน ในรายที่พบภาวะผิติดปกติมากเกินไปที่จะรักษาที่ PCU จัดให้มีระบบส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลา

**ผลการศึกษา**

พบว่าผลการดำเนินการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง จำนวน 669 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 487 คน (ร้อยละ 72.79) เพศชาย 182 คน (ร้อยละ 27.21) ผลการตรวจสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพปกติ 415 ราย (ร้อยละ 62.03) สภาวะสุขภาพผิติดปกติ 254 ราย (ร้อยละ 37.97) โดยภาวะผิติดปกติที่พบได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ระหว่าง 200 - 250 mg/dl จำนวน 177 ราย มากกว่า 250 mg/dl จำนวน 79 ราย ไตผิติดปกติ 1 ราย ค่าน้ำตาลสูงกว่าค่าปกติ จำนวน 7 ราย และมีการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 37 ราย

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

รูปแบบในการบริการตรวจสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ จะสามารถช่วยให้กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการสุขภาพได้มากขึ้น เป็นการสนับสนุนนโยบายด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ด้านการรักษาก็จะช่วยให้ผู้ป่วยในระยะแรกเริ่ม ส่งผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานพบปัญหาในการดำเนินการตามแนวทางการตรวจสุขภาพฯ ดังนี้ แบบประเมินสภาวะมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและทักษะผู้ใช้แบบประเมิน บางกิจกรรมไม่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว หากดำเนินการตามแนวทางฯ จะมีค่าใช้จ่ายมากกว่า รวมทั้งไม่มีการกำหนดค่าบริการสำหรับการทำแบบประเมินต่างๆ ทั้งที่ให้เวลาและกำลังคนมาก และจากความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในแต่ละกองทุน ทำให้เกิดความแตกต่างของความต้องการของผู้รับบริการ ที่มีภัยโยงกับสิทธิที่ตนมีมากกว่าถูกต้องเชิงวิชาการ นอกจากนี้การรายงานที่ปฏิบัติอยู่ไม่สอดคล้องกับกิจกรรมในแนวทางฯ

ข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ด้านการตรวจสุขภาพแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน เพื่อให้เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกรับบริการในส่วนของแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนควรมีการปรับปรุงให้ใช้งานได้ง่ายสะดวก โดยจัดทำเป็นฉบับคู่มือ และใช้แบบประเมินให้น้อยที่สุด

## Moving together: The best for the most

การศึกษาความรู้ เจตคติต่อการทำงาน ต่อสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

จุฑารัตน์ เถลิวัฒน์ และ ศิริินภา โคตรจันทร์

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ผู้นำเสนอ นางสาวศิริินภา โคตรจันทร์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แล้วยังมีผลกระทบมากมาย ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจะเกิดโรคใหม่ที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต หรือหากไม่รุนแรงก็อาจสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจซึ่งอาจประเมินค่าไม่ได้ ทั้งกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่ตั้งใจดูแลผู้ป่วยแต่กลับต้องเผชิญกับปัญหาการถูกฟ้องร้อง ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือลดความรุนแรงของการเกิดลงได้จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติต่อการทำงาน ต่อสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

## วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบพรรณนาตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และใบสั่งยาของผู้ป่วยที่มารับยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้ 0.673 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลใบสั่งยา ระหว่างวันที่ 6 มีนาคม 2560 – 7 เมษายน 2560 ทั้งหมด จำนวน 1,500 ใบสั่งยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ และสถิติอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ (Chi-Square Test)

## ผลการศึกษา

บุคลากรมีความรู้ เกี่ยวกับกระบวนการคิดราคายาและการจัดยาในระดับระดับสูง ร้อยละ 50.0 มีเจตคติต่อการทำงานของบุคลากรอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 66.7 และเจตคติต่อสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 พบการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยาผู้ป่วยนอก ร้อยละ 2.2 สาเหตุเกิดจากการคิดราคาผิดจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 27.0 รองลงมาคือการคิดราคาผิดวิธีใช้และการจัดยาผิดจำนวน ร้อยละ 16.2 เท่ากัน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยนอกพบว่าหน่วยงานและช่วงเวลาไม่มีความเกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนจำนวนรายการยา ( $p < 0.005$ ) ประเภทของยา ( $p = 0.006$ ) และชนิดของใบสั่งยา ( $p < 0.005$ ) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### Moving together: The best for the most

#### สรุป และข้อเสนอแนะ

กลุ่มงานเภสัชกรรมควรจัดอบรมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคิดราคาและการจัดยาให้แก่บุคลากรเป็นประจำสม่ำเสมอ ควรมีการสะท้อนกลับข้อบกพร่องในการทำงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการจ่ายยาที่เกิดขึ้นให้บุคลากรทุกคนในกลุ่มงานเภสัชกรรมทราบและนำข้อมูลเข้าสู่องค์กรแพทย์เพื่อปรับปรุงพร้อมทั้งหาแนวทางป้องกัน และควรมีการทำการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการอื่นๆ เช่น ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาลต่อไป

## Moving together: The best for the most

## จิตวิญญาณที่เติบโต

ปิมประภา แพงศรี, นัยนา แจ้งประจักษ์ และ บุศรินทร์ เเผด็จทุกซ์

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ผู้นำเสนอ นางสาว นัยนา แจ้งประจักษ์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางกายที่ทรมาน ซึ่งปัญหาทางกายได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มศักยภาพ ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แต่ความทุกข์ทางด้านจิตวิญญาณไม่ได้รับการเยียวยา ไม่รู้จัก ไม่มีข้อมูล และไม่สนใจจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยผ่านเข้ามาได้รับการรักษาและจากไปด้วยข้อวินิจฉัยทางด้านร่างกายที่ดีขึ้นหรือข้อวินิจฉัยทางด้านร่างกายที่สิ้นสุดของชีวิต จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพร้อมกับความทุกข์ทางจิตวิญญาณ จากการทบทวนการดำเนินงาน ได้ข้อมูลว่า ลักษณะงานของหอผู้ป่วยหนัก เน้นการดูแลการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเป็นสำคัญ มีภาระงานมาก บุคลากรไม่เห็นความสำคัญ ไม่มีหัวใจที่จะดูแลจิตวิญญาณ การเข้าถึงจิตวิญญาณเป็นเรื่องยาก ตัดสินความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวบนพื้นฐานของมาตรฐานและแนวทางที่กำหนดไว้ ปล่อยให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการปัญหาด้านจิตวิญญาณด้วยตัวของตัวเอง

ดังนั้นเพื่อให้เกิดปรากฏการณ์การปลดปล่อยจิตวิญญาณของผู้ป่วย ครอบครัว ซึ่งจะส่งผลถึงสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้มแข็งขึ้น งานพยาบาลหอผู้ป่วยหนักจึงจัดกิจกรรมจิตวิญญาณที่เติบโต โดยหวังว่าการดำเนินการดังกล่าวจะส่งผลให้ความคับข้องใจ ความคาใจ หมดสิ้นไป ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ

## วิธีการศึกษา

ดำเนินการในรูปแบบของ R2R กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 28 ราย ใช้เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้
2. การสื่อสาร ใช้ Bundle of Communication in ICU
3. การเข้าถึงจิตวิญญาณผู้ป่วยโดยใช้ หลักการ ICEBERG
4. การเสริมพลังอำนาจโดยใช้หลักการ Developing personal skills
5. ใช้ Growth Mode ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ
6. ประเมินคุณภาพชีวิต

### Moving together: The best for the most

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติในการดำเนินการในหอผู้ป่วยหนัก
2. ใช้เครื่องมือ ทั้ง 5 เครื่องมือในการสร้างจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง
3. กำหนดให้มีการส่งรับ – ส่งเวร ด้วยเรื่องจิตวิญญาณอย่างน้อย 1 เรื่อง

#### **ผลการศึกษา**

พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณระดับ Full fillment เป็น ร้อยละ 72.73 มีคุณภาพชีวิตก่อนดำเนินการ ร้อยละ 81.20 คุณภาพชีวิตหลังดำเนินการ ร้อยละ 95.5 ดังกรณีตัวอย่าง การตัดสินใจเลือกแผนการรักษาในขณะที่มีความหวัง 50:50

#### **สรุป และข้อเสนอแนะ**

การเติบโตด้านจิตวิญญาณที่วิเศษสุด เกิดจากตัวบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่มีใจพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว เสริมด้วยความรู้ในการใช้เครื่องมือในการดูแลจิตวิญญาณผู้ป่วย และการได้มีโอกาสติดตามดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ซึ่งในการดำเนินการเรื่องนี้ จะพัฒนาเป็นการดูแลและติดตามคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะลงในแต่ละบุคคลในระยะยาว

## Moving together: The best for the most

## เกณฑ์การตรวจยืนยัน Immature granulocyte ด้วย Blood smear: โรงพยาบาลมะเร็่งลพบุรี

นุสรุ ศรีแสงอ่อน

โรงพยาบาลมะเร็่งลพบุรี

ผู้นำเสนอ นางสาวนุสรุ ศรีแสงอ่อน

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood Count: CBC) ในงานโลหิตวิทยาอาศัยเครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติร่วมกับการดู Blood smear เพื่อระบุความผิดปกติของเม็ดเลือด และรายงานผลได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวอาศัยระยะเวลาทักษะ และความชำนาญของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นการดู Blood smear ทุกสายจึงส่งผลให้การรอคอยผลตรวจของผู้ป่วยยาวนานขึ้น สำหรับเครื่องตรวจวิเคราะห์ Sysmex XN 2000 ของห้องปฏิบัติการมีการแสดงค่า %IG เพื่อบ่งบอกจำนวน Immature granulocyte ได้แก่ promyelocyte, myelocyte และ metamyelocyte โดยได้อ้างอิงวิธีปฏิบัติตามแนวทางของ The International Consensus Group for Hematology (ICGH) ที่ระบุว่าควรตรวจยืนยันด้วย Blood smear เมื่อมีการแสดง IG flag ซึ่งสำหรับ Sysmex XN 2000 หมายถึง %IG > 1 แต่จากเกณฑ์ดังกล่าวพบว่าผลตรวจบางส่วนไม่พบความผิดปกติสามารถรายงานผลจากเครื่องตรวจวิเคราะห์ได้ทันที ด้วยเหตุนี้จึงทำการศึกษาระดับ % IG ในการกำหนดเกณฑ์การตรวจยืนยัน Immature granulocyte ของห้องปฏิบัติการ เพื่อลดภาระงาน และ Turnaround time ตลอดจนนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์ CBC ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาผลการนับแยกเม็ดเลือดขาวด้วยกล้องจุลทรรศน์ เปรียบเทียบกับผลตรวจจากเครื่อง Sysmex XN 2000 เมื่อคัดเลือกตัวอย่างเพื่อดู Blood smear ที่ระดับ % IG ต่าง ๆ จากกลุ่มตัวอย่างเลือดผู้ป่วยที่สุ่มอย่างง่ายในงานประจำวัน จำนวน 404 ราย จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบความแตกต่างของการพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาวโดยการทดสอบทางสถิติด้วย Chi-square ( $\chi^2$ )

## ผลการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการพบ Immature granulocyte ระหว่างเกณฑ์ของ ICGH กับ % IG ระดับต่าง ๆ พบว่าที่ระดับ > 1.5 และ > 2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติแต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อกำหนดระดับ %IG ที่ > 2.5 และ > 3

## สรุป และข้อเสนอแนะ

การกำหนดเกณฑ์ตรวจยืนยัน Immature granulocyte ด้วย Blood smear เมื่อ %IG > 2 ซึ่งเป็นระดับสูงสุดที่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติกับเกณฑ์ของ ICGH สามารถลดอัตราการดู Blood smear ได้ 13.37% โดยมี sensitivity, specificity และ efficiency อยู่ที่ 74%, 84.87% และ 82.18% ตามลำดับแต่อย่างไรก็ตามยังมีอีกหลายพารามิเตอร์ที่เป็นองค์ประกอบของเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเพื่อดู Blood smear จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ผลการตรวจมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยเพิ่มระดับความน่าเชื่อถือ และอาจสามารถช่วยลดระยะเวลาการรอคอยผลตรวจของผู้ป่วยได้อีกด้วย

**Moving together: The best for the most****ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดลำปาง**

พชยา ภัคจิรสกุล, ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ และ นิดา เมตจิตกุล

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผู้นำเสนอ พชยา ภัคจิรสกุล

**บทคัดย่อ****บทนำ**

การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นหนึ่งในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการคัดกรองมะเร็งเต้านม จากผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาของจังหวัดลำปาง พบว่า หญิงอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 58.87 ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ 80 ดังนั้นงานศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในพื้นที่จังหวัดลำปาง

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical cross sectional study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ หญิงไทยที่มีภูมิลำเนา และมีที่อยู่อาศัยภายในจังหวัดลำปาง อายุ 30-60 ปี โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรประเมินค่าสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 500 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-squared test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ผลการศึกษา**

พบว่าความชุกของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 30.20 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีอายุ 30-39 ปีซึ่งเป็นวัยทำงาน และอยู่ในเขตเทศบาล อาจมีการรณรงค์เชิงรุกในการอบรมให้ความรู้ในสถานที่ทำงาน/สถานที่ประกอบการ ตลอดจนเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ

**Moving together: The best for the most**

ประชาชนโดยผ่านแอปพลิเคชัน อาทิเช่น Line Facebook เป็นต้นรวมทั้งการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆที่เป็นการช่วย  
เตือนให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน

**Moving together: The best for the most**

**Phage therapy for breast cancer**

Duriya Fongmoon (Ph.D.)<sup>1</sup> Keittisak Suwan(Ph.D.)<sup>2</sup> and Amin Hajitou(Ph.D.)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lampang Cancer Hospital Muang Lampang Thailand

<sup>2</sup>Department of Medicine, Imperial College London, United Kingdom

**Presented by** Duriya Fongmoon

**Abstract**

**Introduction**

Cancer, a leading cause of death, is an identified serious health problem in worldwide, including United Kingdom (UK) and Thailand. This study, a collaboration between two research groups; the phage therapy laboratory of the department of Medicine, Imperial College London, UK and Lampang Cancer Hospital (LPCH), department of Medical Services, Public Health Ministry, Thailand; aim to focus researches on the innovation of cancer treatment for high incidence of cancer in both countries. In the past five years, breast cancer has been ranked the highest or first among both women in the UK and Thai. Although breast cancer is recently manageable by treatment guidelines, patients do experience extreme suffering from the side effects of chemotherapy and radiotherapy. Therefore, phage therapy is a new hope for breast cancer patients in terms of reduction and even elimination of suffering from the effect of chemotherapy and radiotherapy.

**Methods**

Phagemid Adeno-associated Virions (PAAV) which carries the Tumor Necrosis Factor (TNF) gene was used to treat breast cancer cell line (MCF-7) for 24 hrs. After that, fresh medium was placed and continue to grow at 37° C with 5% CO<sub>2</sub> for 6 days. Medium was collected on day 6 to measure TNF level by ELISA method and cells were visualized under microscope for their characteristics. Then, cells were fixed with 50% trichloroacetic acid and percentage of cell death was measured by sulforhodamine B assay.

**Results**

The results were encouraged as the PAAV transduction in MCF-7 cells was very high. Moreover, after transduction PAAV which carries the Tumor Necrosis Factor (TNF) gene into the breast cancer cell line for 5 and 6 days, the percentage of cancer cell death was a high 67% and 90% respectively. TNF level secreted in medium after 6 days of treatment was 691 pg/ml.

### Moving together: The best for the most

#### Conclusion and discussion

PAAV-TNF treated or breast cancer cells *in vitro* experiment was effective. Therefore, the research team sees the need to continue for the *in vitro* study by using primary breast cancer cell line which is more trustable since it is the cells obtained from breast cancer patients. Further experiment will be *in vivo* by breast cancer cells injections into mice to develop cancer and using PAAV treatment to evaluate the effectiveness using animals for trials.

**Moving together: The best for the most****การคงสภาพชิ้นเนื้อเยื่อเต้านมด้วยฟอร์มาลิน 2 อุณหภูมิ**

ชนาธิป แดงอ่อน

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผู้นำเสนอ นายชนาธิป แดงอ่อน

**บทคัดย่อ****บทนำ**

การคงสภาพชิ้นเนื้อ เป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการเตรียมเนื้อเยื่อ ซึ่งมีหน้าที่ในการรักษาโครงสร้างของเซลล์ และเนื้อเยื่อให้มีสภาพคล้าย หรือเหมือนกับตอนที่เสียชีวิต และยังเป็นการยับยั้งกระบวนการย่อยสลายภายในเซลล์ (autolysis) ที่เกิดขึ้นอีกด้วย โดยทั่วไปนิยมใช้ไป 10% neutral buffer formalin เพราะสามารถแทรกซึมเข้าสู่เนื้อเยื่อได้ง่าย รวดเร็ว ไม่แข็งเกินไป ทั้งยังสามารถตัดแต่งเนื้อเยื่อได้ง่าย ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องต่อการคงสภาพชิ้นเนื้อให้มีประสิทธิภาพ ประการที่หนึ่ง ค่าความเป็นกรด-ด่าง หรือค่า pH ควรมีความอยู่ที่ประมาณ 6.8 – 7.2 ประการที่สองคือ ชนิดของ buffer ที่อยู่ในน้ำยาก็มีผลต่อการคงสภาพชิ้นเนื้อด้วยเช่นกัน และประการที่สามที่สำคัญก็คือ ความหนาของชิ้นเนื้อ ควรมีความหนา 3 มิลลิเมตร ในเนื้อเยื่อบางประเภท เช่น ไขมัน (adipose tissue) ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ละลายในน้ำจึงทำให้การคงสภาพชิ้นเนื้อไม่ประสิทธิภาพไม่ดีเท่าควร การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเทคนิคการคงสภาพชิ้นเนื้อให้มีประสิทธิภาพสำหรับเนื้อเยื่อเต้านม และเนื้อเยื่อไขมัน

**วิธีการศึกษา**

เป็นการศึกษาเชิงอนุमान โดยใช้ชิ้นเนื้อเต้านมผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 204 ब्ल็อก แบ่งชิ้นเนื้อออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกแช่ลงใน 10% neutral buffer formalin เป็นระยะเวลา 6-24 ชม. ที่อุณหภูมิห้อง จำนวน 102 ब्ल็อก และกลุ่มที่สองแช่ลงใน 10% neutral buffer formalin ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 2 ชม และที่อุณหภูมิ 45 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 1 ชม. จำนวน 102 ब्ल็อก แล้วนำเนื้อเยื่อเต้านมทำการคงสภาพชิ้นเนื้อ (Fixation) ผ่านกระบวนการเตรียมเนื้อเยื่อ (tissue processing) ฝังเนื้อเยื่อลงในพาราฟิน (tissue embedding) ตัดเนื้อเยื่อ (tissue sectioning) แล้วทำการวิเคราะห์คุณภาพการแทรกซึมของสารคงสภาพชิ้นเนื้อ (infiltration quality) ด้วยการให้คะแนน แล้วนำไปย้อมสี H&E เพื่อมาศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาใต้กล้องจุลทรรศน์

**ผลการศึกษา**

พบว่า การคงสภาพชิ้นเนื้อด้วยฟอร์มาลิน 2 อุณหภูมิ คุณภาพของการแทรกซึมของสารคงสภาพในเนื้อเยื่อหรือ (infiltration quality) พบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

การประยุกต์ใช้ฟอร์มาลิน 2 อุณหภูมิ สำหรับการคงสภาพเนื้อเยื่อนั้น เป็นข้อดีที่ช่วยในเรื่องของการแทรกซึมของสารคงสภาพเนื้อเยื่อให้รวดเร็ว สะดวก และมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา โดยความร้อนที่ใช้ในการคงสภาพเนื้อเยื่อประมาณ 45 องศาเซลเซียส และปริมาณของสารคงสภาพเนื้อเยื่อ

**Moving together: The best for the most**

ปริมาตร 10 เท่าของเนื้อเยื่อที่ทำการคงสภาพ (Busea RJ and Peshkov MV.,2011) นอกจากนี้ พบว่าการใช้ความร้อนยังสามารถลดระยะเวลาในการคงสภาพเนื้อเยื่อได้ดียิ่งขึ้นด้วยด้วย (Rolls, 2012) และ การใช้ฟอร์มาลินที่อุณหภูมิต่ำนั้นสามารถช่วยรักษาสภาพเนื้อเยื่อ และกรดนิวคลีอิกได้ค่อนข้างสมบูรณ์ กล่าวคือสามารถทำให้เกิดการแสดงออกของยีนเป็นที่น่าเชื่อถือได้ (Bussolati G et al.,2011) การประยุกต์การใช้ฟอร์มาลิน 2 อุณหภูมิในการคงสภาพเนื้อเยื่อ ถือว่าเป็นการพัฒนากระบวนการคงสภาพเนื้อเยื่อที่มีการควบคุมอุณหภูมิในหลาย ๆ ขั้นตอน ให้สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น (chafinDet al.,2013) ซึ่งลดเวลาจากปกติด้วยวิธีมาตรฐาน 8 – 24 ชม. ให้เหลือเพียง 3 – 4 ชม. นอกจากนี้ งานวิจัยของ chafin ในปี 2016 รายงานว่าการใช้ฟอร์มาลิน 2 อุณหภูมิช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรค และรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ โดยมีการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาสภาพของการเติมหมู่ฟอสเฟสใน epitope ของโปรตีน โดยโปรตีนที่มีความสำคัญ ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงโปรตีนดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ หรือ biomarker เช่น FoxP3 และ RNA species รวมทั้ง mRNA และ miRNA ด้วย (chafin D.,2016) ซึ่งทางผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการย้อม immunohistochemistry (IHC) เพื่อพิสูจน์ว่า วิธีนี้สามารถรักษาสภาพความจำเพาะของแอนติเจน (antigenicity) ในเนื้อเยื่อได้ ซึ่งจะมีผลต่อการรักษา หากวิธีนี้และวิธีมาตรฐานให้ผลไม่แตกต่างกันก็น่าจะเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้จริง ดังนั้นเทคนิคการคงสภาพชิ้นเนื้อเยื่อด้วยฟอร์มาลิน 2 อุณหภูมิ สามารถนำมาใช้ในกระบวนการเตรียมเนื้อเยื่อเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน อีกทั้งยังสามารถลดระยะเวลาในการคงสภาพชิ้นเนื้อทำให้การปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว สะดวก ลดระยะเวลาในการรายงานผล

## Moving together: The best for the most

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี และโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

ยุพาพันธ์ ประเสริฐศิลป์, อัสมาแอ ดาแซ และ ปิยนาด ชูพูล  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ผู้นำเสนอ นางยุพาพันธ์ ประเสริฐศิลป์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

พยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการเหนื่อยหน่ายในงานยาเสพติดพยาบาลวิชาชีพที่เกิดความเหนื่อยหน่ายจะก่อให้เกิดผลกระทบในการทำงาน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีการลาออกจากงานประมาณร้อยละ 19 -33 ซึ่งมีอัตราการลาออกที่สูงกว่าอาชีพอื่นๆทำให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (NAADAC, 2007) ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

## วิธีการศึกษา

วิจัยเชิงสำรวจ ในช่วงระยะหนึ่ง (Cross section Survey Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีและพยาบาลที่ประจำการคลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาลในเขตบริการที่ 12 จำนวน 116 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามของธัญสุดา (2545) และกนกกร (2552) 3) แบบวัดความเหนื่อยหน่ายผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดแมสแลชและแจคสัน (Maslach & Jackson, 1981) แปลโดยบุญเอื้อ (2553) ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง แบบสอบถามปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานและแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในภาพรวม ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ ของครอนบาค (Cranbach's alpha coefficient) เท่ากับ.83 ปัจจัยสภาพแวดล้อมมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .797 และแบบวัดความเหนื่อยหน่ายมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .779 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และหาปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยใช้วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

## ผลการศึกษา

พบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{x}=21.65$ ) แบ่งเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล ( $\bar{x}=11.02$ ) ด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ ( $\bar{x}=7.05$ ) ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล ( $\bar{x}=3.58$ ) อยู่ในระดับต่ำปัจจัยการทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ปัจจัยด้านปริมาณงาน สามารถทำนาย

**Moving together: The best for the most**

ความเหนื่อยหน่ายในงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้ ร้อยละ 20 ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลมีระดับความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับต่ำ โดยมีปัจจัยด้านปริมาณงานมีอิทธิพลต่อระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

**ข้อเสนอแนะ**

เชิงนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลในการบริหารงานบุคลากรในการส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพและป้องกันความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

## Moving together: The best for the most

บุคลิกภาพของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดติดตามการรับรู้ของพยาบาลและความคาดหวังของผู้บริหาร  
และผู้ป่วยใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

อัญชลี เจตวรานนท์, รัชชิตะ เจ๊ะเต็ง และ อาอีด๊ะ บาหะ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ผู้นำเสนอ นางอัญชลี เจตวรานนท์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

บุคลิกภาพที่เหมาะสมช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากบุคลิกภาพเป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิต การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นผู้มีลักษณะหย่อนทักษะทางสังคม พยาบาลเป็นตัวแทนในการถ่ายทอดเครื่องมือจากกระบวนการบำบัดต่างๆ ไปสู่ตัวผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องมีบุคลิกภาพและมนุษยสัมพันธ์ที่ดี พยาบาลจึงควรตระหนักรู้ในลักษณะของบุคลิกภาพของตนเอง เพื่อนำสู่การพัฒนาตนเอง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดติดตามการรับรู้ของพยาบาลและความคาดหวังของผู้บริหารและความคาดหวังของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาเสพติด จำนวน 80 คน ผู้บริหารทุกระดับ จำนวน 80 คน และผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 320 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดปฏิบัติงานหรือบำบัดรักษาอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด โดยชุดที่ 1 สำหรับพยาบาล สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บุคลิกภาพของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ชุดที่ 2 สำหรับผู้บริหาร สอบถามเกี่ยวกับบุคลิกภาพของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามความคาดหวังของผู้บริหาร และชุดที่ 3 สำหรับผู้ป่วย สอบถามเกี่ยวกับบุคลิกภาพของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามความคาดหวังของผู้ป่วย แบบสอบถามทั้งหมดเป็นของกฤติกา หล่อวัฒนวงศ์ ซึ่งแปลมาจากแบบวัดบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของคอสตาและแมคเคอร์ และนำมาพัฒนาโดยผู้วิจัยในชุดที่ 2 และ 3 โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการศึกษา

ระดับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดติดตามการรับรู้ของพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.68$ ,  $SD = 0.74$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบพบว่าบุคลิกภาพแบบประนีประนอม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.65$ ,  $SD = 0.68$ ) ส่วนบุคลิกภาพแบบหัวน้าว มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 2.51$ ,  $SD = 0.64$ ) ระดับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ตามความคาดหวังของผู้บริหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.90$ ,  $SD = 0.75$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบพบว่า บุคลิกภาพแบบประนีประนอม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.85$ ,  $SD = 0.87$ ) ส่วนบุคลิกภาพแบบหัวน้าว มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

**Moving together: The best for the most**

( $\bar{x} = 2.44$ ,  $SD = 0.72$ ) ระดับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามความคาดหวังของผู้ป่วยยาเสพติด โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.89$ ,  $SD = 0.76$ )

เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบพบว่า บุคลิกภาพแบบ มีจิตสำนึก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.13$ ,  $SD = 0.70$ ) ส่วนบุคลิกภาพแบบหัวนโหด มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 2.92$ ,  $SD = 0.50$ )

**สรุป และอภิปราย**

การที่พยาบาลรับรู้ว่าคุณลักษณะบุคลิกภาพแบบประนีประนอม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อาจเนื่องจากได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เริ่มเรียนจนปฏิบัติงานให้เป็นผู้ที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละ อดทน มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีจิตใจอ่อนโยน ซึ่งผู้บริหารก็คาดหวังเช่นนั้น ส่วนผู้ป่วยคาดหวังว่า พยาบาลควรมีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือมีความรับผิดชอบ มีความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วย สามารถให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาเสพติด ซึ่งเป็นเป้าหมายของผู้ป่วยจนสำเร็จ ส่วนทุกกลุ่มตัวอย่างมองว่าพยาบาลควรมีบุคลิกภาพแบบหัวนโหด มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เพราะพยาบาลต้องเจอสถานการณ์ที่ตึงเครียด ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน พยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ จึงควรหัวนโหดกับปัญหาอุปสรรคให้น้อย

**ข้อเสนอแนะ**

ใช้ข้อมูลไปวางแผนในการพัฒนาบุคลิกภาพของ พยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการรับรู้ของพยาบาล และความคาดหวังของผู้บริหารและผู้ป่วย และควรมีการศึกษา

## Moving together: The best for the most

## อุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซห้องผ่าตัด

## (Gas Monitor Device in Operating Room)

วิจิตร นวบุตร

โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้นำเสนอ

นายวิจิตร นวบุตร

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ปัจจุบันวิทยาการต่างๆ ได้ก้าวหน้าไปมากมีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้ในด้านการตรวจรักษาผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและมีผู้ที่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นด้วยดังนั้นห้องผ่าตัดจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จำเป็นในโรงพยาบาล ต้องเป็นสถานที่ที่สะอาดและปลอดเชื้อโรคอย่างมากที่สุดเป็นหน่วยงานระบบปิด มีระบบปรับอากาศ การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค การควบคุมการตกค้างของก๊าซ เป็นต้น ในการดำเนินการผ่าตัดส่วนมากจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยหมดสติ ด้วยการให้ดมแก๊สยาสลบ เช่น ไนตรัส ( $N_2O$ ) ผ่านทางหน้ากากครอบหน้าหรือท่อหลอดลมช่วยหายใจหรือจากเครื่องดมยาสลบ (Anesthesia Unit) ซึ่งทำให้มีก๊าซปนเปื้อนภายในห้องผ่าตัดที่มาจากการหายใจของผู้ป่วยจากระบบระบายก๊าซทิ้ง (Scavenging) ของเครื่องดมยาสลบ ซึ่งผลข้างเคียงของก๊าซยาสลบที่ตกค้างภายในห้องผ่าตัดจะก่อให้เกิดอาการง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หลงลืม การรับรู้ช้าลงกับผู้ป่วยปฏิบัติงาน การปนเปื้อนของก๊าซยาสลบส่วนเกินในบรรยากาศห้องผ่าตัดเกิดจากอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูดแก๊ส (Scavenging) ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยที่เครื่องดมยาสลบจะปล่อยแก๊สยาสลบส่วนเกิน (Waste Anesthetic Gases : WAGs) ที่ออกจากผู้ป่วยผ่านตัวกรองอากาศ (Absorber) เข้าสู่ท่อระบายแก๊สดมยาสลบส่วนเกินหรือในห้องผ่าตัดบางแห่งจะไม่มีระบบ Scavenging ที่เป็นมาตรฐานแก๊สยาสลบส่วนเกินนี้จะปล่อยผ่านท่อระบายแก๊สลงพื้นห้องใกล้ ๆ พัดลมดูดอากาศติดผนังหรือบางแห่งปล่อยผ่านท่อเจาะผนังออกนอกห้องหรือมีการรั่วของแก๊สยาสลบจากบริเวณข้อต่อของท่อแก๊สไนตรัสที่สวมกันไม่สนิทได้ ในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากการใช้ก๊าซดมยาสลบควรมีการบริหารจัดการการควบคุมปริมาณแก๊สในองค์กรให้ได้รับก๊าซจากการทำงานน้อยที่สุดโดย The NIOSH ได้กำหนดมาตรฐานว่าไนตรัสออกไซด์ ควรได้รับไม่เกิน 25 ppm. ใน 8 ชั่วโมง และไม่เกิน 2 ppm. ใน 1 ชั่วโมง และทั้งระบบได้ประมาณ 1000 ppm.

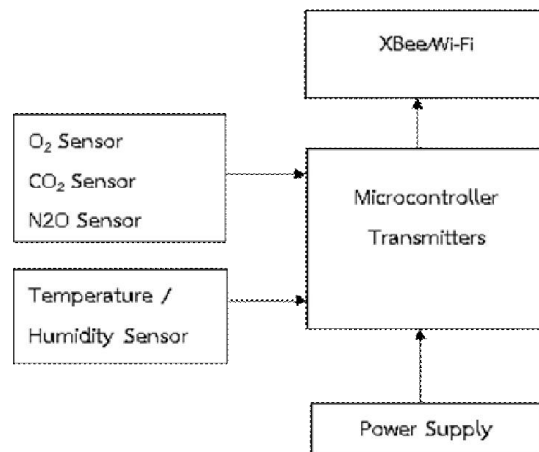
งานวิจัยนี้จึงได้มีการออกแบบอุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซในห้องผ่าตัด โดยมีการออกแบบจากเซ็นเซอร์วัดก๊าซทางการแพทย์ เซ็นเซอร์วัดอุณหภูมิและความชื้นในอากาศ (Air temperature and humidity sensor), วงจรขยายสัญญาณ ชุดไมโครคอนโทรลเลอร์ และระบบฐานข้อมูล เพื่อนำมาแสดงผลบนหน้าจอภายในห้องผ่าตัด และสามารถแสดงผลและเก็บข้อมูลที่ฐานข้อมูลบนคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานได้ ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำข้อมูลทางสถิติต่างๆ ไปใช้วิเคราะห์พัฒนาระบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## Moving together: The best for the most

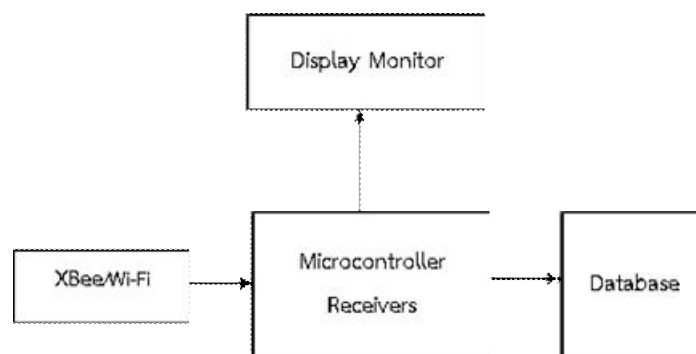
## วิธีการศึกษา

1. ออกแบบชุดอุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซในห้องผ่าตัด ในส่วนวัดและส่งข้อมูล ดังรูปที่ 1
2. ออกแบบชุดอุปกรณ์ ในส่วนรับและบันทึกข้อมูล ดังรูปที่ 2

และสร้างระบบฐานข้อมูลในการบันทึกข้อมูลของระดับก๊าซแต่ละชนิดในห้องผ่าตัดที่สามารถมอนิเตอร์แบบเรียลไทม์ได้



รูปที่ 1 แสดงการออกแบบชุดอุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซในห้องผ่าตัด ในส่วนวัดและส่งข้อมูล

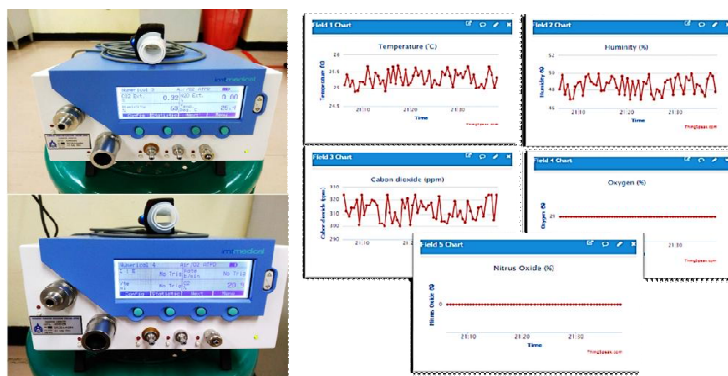


รูปที่ 2 แสดงการออกแบบชุดอุปกรณ์ ในส่วนรับและบันทึกข้อมูล

## Moving together: The best for the most

## ผลการศึกษา

ในงานวิจัยเป็นการแสดงผลการออกแบบอุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซในห้องผ่าตัดโดยใช้ผลเทียบค่ากับเครื่อง Gas flow analyzer ยี่ห้อ IMT รุ่น PF-300 ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 การทดสอบเทียบค่ากับเครื่อง Gas flow analyzer

## สรุป และข้อเสนอแนะ

จากการทดลองพบว่า อุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซในห้องผ่าตัดสามารถวัดค่าระดับก๊าซ อุณหภูมิและความชื้นในห้องผ่าตัด โดยมีค่าความคลาดเคลื่อน ดังต่อไปนี้ การวัดค่าอุณหภูมิ มีค่าความคลาดเคลื่อน 2.5% การวัดค่าความชื้น ค่าความคลาดเคลื่อน 7.43% การวัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ค่าความคลาดเคลื่อน 8.86% การวัดค่าออกซิเจน ค่าความคลาดเคลื่อน 7.62% และการวัดค่าไนตรัสออกไซด์ ค่าความคลาดเคลื่อน 4.5 % จากผลการวัดเทียบค่ากับเครื่อง Gas flow analyzer ยี่ห้อ IMT รุ่น PF-300 มีค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้  $\pm 10\%$  อุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซในห้องผ่าตัดที่ออกแบบสามารถนำไปใช้วัดค่าระดับก๊าซ อุณหภูมิและความชื้นในห้องผ่าตัด พร้อมทั้งสามารถแสดงผลแบบออนไลน์ได้

การออกแบบอุปกรณ์มอนิเตอร์ก๊าซในห้องผ่าตัด ต้องมีการพัฒนาต่อยอดในส่วนของเซ็นเซอร์วัดก๊าซทางการแพทย์ที่ต้องมีค่าความแม่นยำในการวัดที่ละเอียดขึ้น เพื่อให้ได้ค่าที่ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Industrialisation of Gas Sensors for Comfort, Security and Wellness (IEEE)
2. Microwave Sensing System for Real-Time Monitoring of Solid Contaminants in Gas Flows(IEEE)
3. The research of an infrared optical CO<sub>2</sub> sensor (IEEE)
4. Oxygen consumption monitor for infants (IEEE)
5. Design of Air Pollution Monitoring System Using ZigBee Networks for Ubiquitous-City(IEEE)

Moving together: The best for the most

## อุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

(Incidence of pressure sores in neurological patients admitted in Chiangmai Neurological Hospital)

นิชาภา หน่อตุ้ย, ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, กนกวรรณ ชื่นอินทร์งาม, ศมนันท์ รักแม่ และณภัษกร ชัดสาร

ผู้นำเสนอ นางสาวนิชาภา หน่อตุ้ย

## บทคัดย่อ

## บทนำ

แผลกดทับ เป็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยเรื้อรัง นอนติดเตียง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุ สมอเสื่อม พาร์กินสัน การป้องกันที่สำคัญ คือ การพลิกตะแคงตัว การดูแลความสะอาดของผิวหนัง การดูแลด้านภาวะโภชนาการ และค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นกลุ่มของโรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและไขสันหลัง และโรคทางระบบประสาท มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหว แขนขาอ่อนแรง มีปัญหาารับประทาน และการขับถ่าย ในปี 2555, 2556 และ 2557 พบอุบัติการณ์แผลกดทับระดับที่ 2-4 เท่ากับ 0.30, 2.53 และ 0.82 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอนของผู้ป่วยตามลำดับ หลังจำหน่ายผู้ป่วยบางกลุ่มมีภาวะติดเตียง บางรายกลับมารักษาตัวซ้ำและพบแผลกดทับ การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ รวมทั้งการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน

## วิธีการศึกษา

เป็นศึกษาแบบ Cross sectional Study รวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 – พฤษภาคม 2560 คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีค่า Braden scale ไม่เกิน 18 จำนวน 87 ราย โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคระบบประสาทได้จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย และมีการประเมินการเกิดแผลกดทับและความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจากแบบประเมินลักษณะความเสี่ยงของแผลกดทับของผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาอุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยโรคระบบประสาท ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยด้วยสถิติ Exact Test หรือ Independent T-Test

## ผลการศึกษา

พบแผลกดทับในผู้ป่วย 23 ราย ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ เป็นเพศชาย 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.00 เพศหญิง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.00 อายุเฉลี่ย 72 ปี BMI เฉลี่ย 19.97 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 3.16 ปี braden scale เฉลี่ย 11.7 พบจำนวน 32 แผล ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ ก้นกบ กระเบนเหน็บ 11 แผล คิดเป็นร้อยละ 34.40 รองลงไป คือ สะโพก 6 แผล คิดเป็นร้อยละ 18.75 ระดับแผลกดทับที่พบมากที่สุด คือ ระดับ 2 ที่มีการฉีกขาดบริเวณผิวหนังชั้นนอก เป็นรอยถลอกผิวหนังอาจเป็นตุ่มน้ำรอบๆ แผลอาจแดง อาจมีน้ำเหลืองซึม พบ 23 แผล คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงไป คือ ระดับ 3 ที่แผลถึงชั้นใต้ผิวหนัง มีการทำลายและเกิดการตาย

**Moving together: The best for the most**

ของเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังอาจมีน้ำเหลือง หรือหนอง จากแผล พบ 8 แผล คิดเป็นร้อยละ 25.00 ด้านผู้ดูแล อายุเฉลี่ย 56.04 ปี เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ  $p=0.07$  ส่วนเพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล ผู้ป่วย ระดับการศึกษา และอาชีพหลัก ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) ด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่าการไม่ปฏิบัติในเรื่อง การรักษาผิวหนังให้สะอาด เช็ดทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้ง การตรวจผิวหนัง วันละ 3 เวลา เพื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง การใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การบริหารร่างกาย ข้อต่างๆ การได้รับสารอาหารเหมาะสม ผ้าปูสะอาด เรียบตึง เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดแผลกดทับ ( $P<0.05$ ) ส่วนการยกตัวผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างกันทั้งการปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติในการเกิดแผลกดทับ  $P=0.630$  พบว่า การไม่ปฏิบัติเรื่อง การรักษาผิวหนังให้สะอาด เช็ดทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้ง และการตรวจผิวหนังวันละ 3 เวลา เพื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง พบเป็น 17.50 และ 16.53 เท่าตามลำดับ เป็นปัจจัยเกิดแผลกดทับ เทียบกับผู้ที่ปฏิบัติตามแนวทาง

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือนอนติดเตียง สิ่งสำคัญ คือ การหาอุปกรณ์ และปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วย และใช้แบบ braden scale ผู้ที่มีคะแนน 18 ลงไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หากมีค่าคะแนนยิ่งน้อยยิ่งมีความเสี่ยง การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ผู้ดูแลควรได้รับการให้คำแนะนำการปฏิบัติตามแนวทาง อีกทั้งการเยี่ยมอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และเยี่ยมที่บ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดปัจจัยการเกิดเสี่ยงอุปกรณ์ ทางทีมผู้ดูแลแผลกดทับ กำลังนำผลการวิจัยจัดทำคู่มือการให้ความรู้สำหรับญาติและผู้ดูแล และสำหรับทีมสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านต่อไป

## Moving together: The best for the most

## คุณภาพบริการการให้บริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบันนังสตา

นรเชษฐ์ สุขทิพย์ และ นัศรีนย์ แวคือราแม

โรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา

ผู้นำเสนอ นายนรเชษฐ์ สุขทิพย์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

คุณภาพการให้บริการ (Service Quality) เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ หรืออีกนัยคือการตอบสนองความคาดหวัง และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ในด้านคุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม และไม่มีข้อผิดพลาด โดยคุณภาพการให้บริการ ประเมินได้จากการความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในการบริการ (Expectation Service) เทียบกับการรับรู้ ในบริการ (Perception Service) อันเกิดจากบริการที่ผู้รับบริการได้รับจริง โดยคุณภาพการให้บริการที่ดีนั้น เกิดจากการรับรู้จากบริการที่ได้รับจริงที่สูงกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังในการบริการที่เกิดขึ้นก่อนการได้รับบริการ นั้นๆ ประกอบกับบริการแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลสุขภาพที่มีมาตั้งแต่สมัยอดีต ซึ่งได้ประยุกต์ และผสมผสาน ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่ได้มีการดำเนินการให้บริการแพทย์แผนไทยควบคู่กับการดูแลสุขภาพตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยลักษณะบริการแพทย์แผนไทยที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ ประกอบกับเป็นการบริการ ทางด้านสุขภาพที่การผลิตและการบริโภคบริการจะเกิดขึ้นพร้อมกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และไม่สามารถผลิตเพื่อหรือสำรองล่วงหน้าได้ อีกทั้งบริการเกิดขึ้นเกิดจากดุลพินิจของผู้ให้บริการเป็นหลัก ทำให้ ผู้รับบริการต้องรับบริการตามที่คุณให้บริการกำหนด ซึ่งอาจนำมาสู่ความคาดหวังก่อนได้รับบริการ และการรับรู้ถึง บริการที่เกิดขึ้นภายหลังของผู้รับบริการที่ไม่สอดคล้องกัน จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความ คาดหวัง และการรับรู้การให้บริการแพทย์แผนไทย และเพื่อเปรียบเทียบความคาดหวัง และการรับรู้การให้บริการ แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบันนังสตา

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบันนังสตาในเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2560 ซึ่งได้จากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ทราบจำนวนประชากรซึ่งกำหนดสัดส่วนประชากรที่ร้อยละ 50 ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และสัดส่วน ความคลาดเคลื่อนที่ระดับร้อยละ 95 จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่าง แบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ไม่ซ้ำกันโดยใช้แบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (Linkert Scale) 5 ระดับ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลความคาดหวัง และการรับรู้บริการ ซึ่งเป็น คำถามเดียวกันอย่างละ 38 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านประกอบด้วย ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อถือ ไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ในผู้รับบริการ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งมีค่า IOC แต่ละข้อ

**Moving together: The best for the most**

มากกว่า 0.6 ทั้งหมด แล้วทำการทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้รับบริการแพทย์แผนไทย จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลาที่มีลักษณะการให้บริการคล้ายคลึงกัน มีผลการทดสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.966 โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

**ผลการศึกษา**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.0 อายุ 30 – 60 ปี ร้อยละ 70.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 83.0 ได้รับการศึกษามากกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.8 ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 47.5 ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบันนังสตา ร้อยละ 74.5 ประกอบอาชีพข้าราชการ/ลูกจ้างในหน่วยงานราชการ ร้อยละ 37.5 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.5 เคยรับบริการแพทย์แผนไทยมากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 55.3 โดยได้รับการบำบัดรักษา ร้อยละ 78.5 และมีประสบการณ์เคยได้รับการทำหัตถการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 91.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวัง และการรับรู้การให้บริการแพทย์แผนไทยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.42 (S.D. = 0.39) และ 4.46 (S.D. = 0.42) ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวัง และการรับรู้การให้บริการแพทย์แผนไทยรายด้านอยู่ในระดับมากทั้งหมด ส่วนคุณภาพการให้บริการอันเกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวัง กับ การรับรู้การให้บริการนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวัง กับ การรับรู้การให้บริการไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การให้บริการสูงกว่าความคาดหวังในบริการ และเมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวัง กับ การรับรู้การให้บริการในด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในบริการสูงกว่าความคาดหวังในบริการแพทย์แผนไทย

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวัง และการรับรู้บริการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับมากทั้งในภาพรวม และรายด้าน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแล้วมีความคาดหวัง กับ การรับรู้การให้บริการแพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน โดยมีการรับรู้ต่อบริการที่เกิดขึ้นจริงที่มากกว่าความคาดหวังในบริการแพทย์แผนไทย แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยที่สามารถให้บริการที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ หรือสูงกว่าที่ผู้รับบริการได้คาดหวังไว้ ซึ่งในการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ควรการจัดสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอและเหมาะสม ประชาสัมพันธ์สถานให้บริการตลอดจนสร้างความเชื่อถือไว้วางใจด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยเฉพาะในเรื่องความเสี่ยง ความปลอดภัย เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการศึกษาซ้ำภายหลังการพัฒนาการให้บริการแล้ว เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนการศึกษาเชิงลึก และการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เข้าร่วมวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการต่อไป

## Moving together: The best for the most

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย  
(Prevalence and determinants for metabolic disorder in ARV treatment patient:

Multicenter study in Thailand)

ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์ และ สุกัญญา ศรีนวล

โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

ผู้นำเสนอ นางสาวสุกัญญา ศรีนวล

## บทคัดย่อ

## บทนำ

มีรายงานการเกิดความผิดปกติในระบบเมตาบอลิกจากยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด จากการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ พบความชุกร้อยละ 11.3 – 85.5 โดยพบว่ามีส่วนใหญ่คือเพิ่มระดับ triglyceride รองลงมาคือเพิ่มระดับ total cholesterol และเพิ่มระดับ LDL ลดระดับ HDL เพิ่มความดันโลหิตและทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีการวิเคราะห์ปัจจัยจากยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูงแต่ละประเภท และปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อความผิดปกติของระบบเมตาบอลิก เพื่อให้สามารถทราบลักษณะของความผิดปกติต่อระบบเมตาบอลิกที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่มีผล เพื่อนำมาปรับแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ของการเกิดความผิดปกติต่อระบบ เมตาบอลิกของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อ ความผิดปกติต่อระบบ เมตาบอลิก จากยาต้านไวรัสเอดส์

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ โดยศึกษาภาคตัดขวาง หลายศูนย์การวิจัยในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาลจังหวัดชุมพร จำนวน 10 โรงพยาบาล โดยทำการศึกษาดังแต่เมษายน 2559–เมษายน 2560 โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดระบบเมตาบอลิกผิดปกติ โดยสถิติ Binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ )=0.05 การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลในจังหวัดชุมพร และเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่องและมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ วิเคราะห์แยกผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่เกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติ และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติ ตามปัจจัยแต่ละประเภท การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่าระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระดับไขมัน triglyceride ระดับไขมัน total cholesterol ระดับไขมัน LDLระดับไขมัน HDL ที่เกิดความผิดปกติขึ้นตามเกณฑ์ของ NCEP ATP III และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระบบเมตาบอลิกผิดปกติ โดยใช้สถิติ Logistic regression ที่  $\alpha$  =0.05

## Moving together: The best for the most

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยจากการประมวลผลของทุกศูนย์การวิจัยตามเกณฑ์ในการคัดเลือกทั้งสิ้น 918 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.3 ส่วนใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.4) อายุเฉลี่ย 43.9 ปี (SD=14.5) เกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติ 647 ราย (ร้อยละ 70.5) ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือระดับ total cholesterol >200 mg/dL 395 ราย (ร้อยละ 43.0) รองลงมาคือ ระดับ LDL > 100 mg/dL 337 ราย (ร้อยละ 36.7) และร้อยละของการเปลี่ยนแปลงที่พบมากที่สุดคือการเพิ่มขึ้นของ triglycerides >150 mg/dL (ร้อยละ 64.45) ระยะเวลาในการเกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติอยู่ในช่วง 22.3 – 31.1 เดือน

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ ระยะเวลาเริ่มต้นไวรัสมากกว่า 24 เดือน [OR = 7.409, 95% CI = 3.412 – 15.8730] และเมื่อวิเคราะห์ผลต่อภาวะเมตาบอลิกเป็นรายชนิดพบว่าปัจจัยที่มีผลมีดังต่อไปนี้

- triglycerides >150 mg/dL ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือระยะเวลาเริ่มต้นไวรัส > 24 เดือน รองลงมาคือการสูบบุหรี่, BMI  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ , รับประทาน PI base
- LDL >100 mg/dL ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือระยะเวลาเริ่มต้นไวรัส > 24 เดือน รองลงมาคือการสูบบุหรี่, BMI  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$  และ อายุ > 40 ปี
- total cholesterol >200 mg/dL ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือระยะเวลาเริ่มต้นไวรัส > 24 เดือน รองลงมาคือระดับ LDL ขณะเริ่มรับยาสูง
- HDL cholesterol ชาย <40 mg/dL หญิง < 50 mg/dL ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือระดับ CD4 ขณะเริ่มรับยา  $\geq 200 \text{ cell/mm}^3$
- BP >130/85 mmHg ปัจจัยที่มีผลคือระยะเวลาเริ่มต้นไวรัส > 24 เดือน
- Fasting blood glucose >110 mg/dL ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคืออายุ >40 ปี รองลงมาคือระดับ CD4 ขณะเริ่มรับยา  $\geq 200 \text{ cell/mm}^3$ , และระยะเวลาการรับยารับต้นไวรัส >24 เดือน

## สรุป และข้อเสนอแนะ

ความชุกของการเกิดภาวะเมตาบอลิกผิดปกติในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสค่อนข้างสูง(ร้อยละ 70.5) ทั้งในด้านไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูงและการเกิดเบาหวาน ปัจจัยที่มีผลสำคัญคือระยะเวลาเริ่มต้นไวรัสมากกว่า 24 เดือน และมีปัจจัยที่แตกต่างกันในภาวะเมตาบอลิกแต่ละชนิดซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังได้แก่ การได้รับยาต้านไวรัสกลุ่ม PIs รับประทาน Stavudine ผู้ป่วยที่มี BMI มากกว่า  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$  ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 มากกว่า 200  $\text{cell/mm}^3$  ซึ่งทีมสหวิชาชีพต้องเฝ้าระวังและปรับแผนการรักษาอย่างเหมาะสม

## Moving together: The best for the most

## Smart Dispensing Program

วีระชัย เลิศวงศ์ไชย, วิลาวัณย์ จรุงเกียรติขจร และ ปิยะดา เพชรสวัสดิ์

โรงพยาบาลพระแสง อ.พระแสง จ. สุราษฎร์ธานี

**ผู้นำเสนอ** เกศขจรหญิงวิลาวัณย์ จรุงเกียรติขจร

## บทคัดย่อ

## บทนำ

จากรายงานความเสี่ยงที่พบแผนกผู้ป่วยนอก สามารถจำแนกเป็น 2 ประเภทได้แก่ ความเสี่ยงจากภายนอก เช่น ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการเรื่องรอรับยานาน รัยยาไม่เป็นที่ตามลำดับคิวเข้าตรวจ ผู้รับบริการไม่ทราบว่า จะต้องรออีกนานหรือไม่ รายชื่อผู้ป่วยไม่ปรากฏในระบบรับบริการ ทำให้ต้องรอยาวนานเกิน 1 ชั่วโมง เป็นต้น และ ความเสี่ยงจากภายใน เช่น ฝ่ายเภสัชกรรมไม่มีเครื่องมือในการช่วยตรวจสอบ ประเมิน ประมวลผล ข้อมูลการสั่งจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ในการให้บริการจ่ายยา การไม่ทราบสถานะการจ่ายค่าบริการของผู้รับบริการ ดังนั้น จึงได้ออกแบบและพัฒนาโปรแกรม Smart Dispensing Program ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับบริหารจัดการการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก เพื่อใช้สำหรับการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. สร้างโปรแกรมสำหรับบริหารจัดการการจ่ายยาผู้ป่วยนอกอย่างมีประสิทธิภาพ
2. แก้ไขปัญหาการรอรับบริการจากห้องจ่ายยาอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ให้มีการจัดเก็บรายได้ของแผนกการเงินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

## วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

วัสดุ/ อุปกรณ์:

ชุดคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ เครื่องอ่านรหัสบาร์โค้ด เครื่องพิมพ์บัตรคิว กระดาษบัตรคิว จอภาพแสดงผล

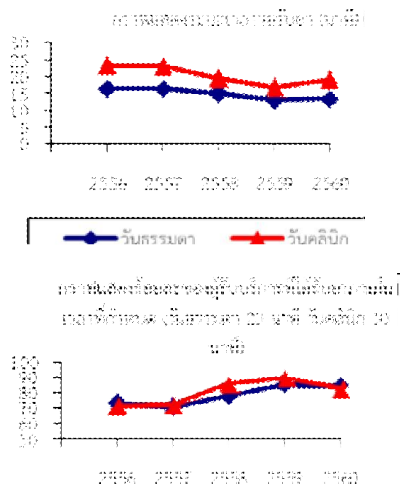
วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์:

ศึกษาความต้องการของระบบ ด้วยการระดมความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมสำหรับบริหารจัดการการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ด้วยโปรแกรมบริหารจัดการฐานข้อมูล ซึ่งมีความสามารถในการทำงานแบบเครือข่าย ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการลำดับคิวรับบริการ ออกบัตรลำดับคิว เรียกลำดับคิว โดยโปรแกรมมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบกับผู้รับบริการในรูปแบบเสียงพูด และข้อความแสดงผ่านจอแสดงผล 2) บริหารจัดการการจ่ายยา ช่วยตรวจสอบ ประมวลผล ข้อมูลสำคัญที่พึงระวังของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนจ่ายยา เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปฏิกริยาระหว่างยา ประวัติแพ้ยา ประวัติ G6PD ซึ่งแสดงผลเตือนให้เภสัชกรทราบและตัดสินใจก่อนจ่ายยา 3) เชื่อมโยงกับระบบการเงิน ให้มีการตรวจสอบยืนยันสถานะการเรียกเก็บเงิน ก่อนรับยาทุกครั้ง เมื่อออกแบบและพัฒนาจนได้ต้นแบบของโปรแกรมแล้ว จึงทำการทดสอบการใช้งาน จากนั้นดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงจนได้โปรแกรมตัวจริง ทำการติดตั้งโปรแกรม และฝึกอบรมการใช้งานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

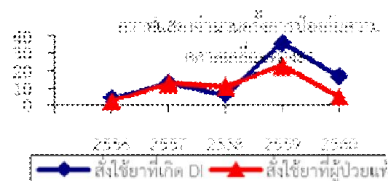
## Moving together: The best for the most

## ผลการทดสอบ

1. ระยะเวลาการรับยาเฉลี่ยลดลง และร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยาในระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้น



2. ไม่มีข้อร้องเรียนการรับบริการจากห้องจ่ายยาเกี่ยวกับคิวรับยา
3. ไม่มีผู้รับบริการที่ต้องรอรับยานานเกิน 60 นาที
4. ช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายได้มากขึ้น



5. การจัดเก็บรายได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.4 เป็น 75.14 และมีการตรวจสอบรายการชำระเงินของผู้รับบริการได้ร้อยละ 100

## ประโยชน์ หรือการนำไปใช้

โปรแกรม Smart Dispensing Program สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับเป็นเครื่องมือในการช่วยแก้ปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการลดระยะเวลาการรับยา การทำให้ผู้รับบริการทราบสถานะการรอคอย เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการตรวจสอบความถูกต้อง ป้องกันความเสี่ยงอันเกิดจากสั่งจ่ายยา นอกจากนี้โปรแกรมยังสามารถนำไปใช้ในการทำงานแบบประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะด้าน เช่น แผนกการการเงิน เป็นต้น

## Moving together: The best for the most

ความสัมพันธ์ระหว่างความกว้างของเหงือกที่มีเคอราติน กับสภาวะสุขภาพของเนื้อเยื่อที่รองรับรากฟันเทียม  
 สุวลี ถาวรรุ่งโรจน์  
 สถาบันประสาทวิทยา

ผู้นำเสนอ      ทันตแพทย์หญิงสุวลี ถาวรรุ่งโรจน์

## บทคัดย่อ

## บทนำ

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความกว้างของเหงือกที่มีเคอราติน กับสภาวะสุขภาพของเนื้อเยื่อที่รองรับรากฟันเทียมเพื่อใช้ในการประเมินสภาพเหงือกที่มีเคอราตินก่อนวางแผนการฝังรากเทียมให้กับผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้านี้ บางการศึกษาพบว่าควรมีเหงือกที่มีเคอราตินอย่างน้อย 2 มม. โดยรอบรากฟันเทียม เพื่อช่วยป้องกันการอักเสบ แต่บางการศึกษาพบว่าไม่มีความจำเป็น จึงยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่าเหงือกรอบรากฟันเทียมนั้นจริงๆ แล้วจำเป็นต้องมีเคอราตินหรือไม่

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังที่เก็บรวบรวมจากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฝังรากฟันเทียม ที่กลุ่มงานทันตกรรม สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 จำนวน 477 ราย รวม 945 ราก จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการคือ เลือกจากจำนวนประชากรทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ ไม่มีการสุ่มเลือกตัวอย่างใดทั้งสิ้น แต่ต้องมีจำนวนตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์อย่างน้อย 27 ราก ขึ้นไป ซึ่งได้คำนวณขนาดตัวอย่างมาจากการศึกษาของ Adibrad

เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลของผู้ป่วยที่นำมาศึกษา

1. ผู้ป่วยต้องไม่เป็นโรคเบาหวานและไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
2. ไม่เป็นผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพในช่องปากของตนเองได้
3. ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมทั้งปาก และได้รับการฝังรากฟันเทียมจำนวน 2 รากในขากรรไกรล่าง เพื่อช่วยยึดฟันเทียมทั้งปากไว้

4. มีการบันทึกข้อมูลติดตามประเมินผลภายหลังจากการใส่รากฟันเทียมไปแล้ว 1 ปี เกี่ยวกับสภาพเหงือกตามค่าตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index)(PI) ดัชนีการมีเลือดออก (Bleeding Index)(BI) ดัชนีสภาพเหงือก (Gingival Index)(GI) ความลึกร่องปริทันต์ (Pocket Depth) (PD) และความกว้างของเหงือกที่มีเคอราติน (Keratinized gingiva) (KG)

## วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. คำนวณหาความสัมพันธ์ของ KG กับ ค่าตัวแปรต่างๆ ได้แก่ PI, BI, GI, PD โดยใช้ Pearson's correlation coefficient Test
2. แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามความกว้างของ KG ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 มีค่า  $KG \geq 2$  มม. ส่วนกลุ่ม 2 มีค่า  $KG < 2$  มม. เปรียบเทียบค่าตัวแปรต่างๆ ระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ สถิติ Independent T-Test เนื่องจากค่าตัวแปรต่างๆ มีการแจกแจงแบบปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ( $p < 0.05$ )

**Moving together: The best for the most****ผลการศึกษา**

รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยได้ทั้งหมด 171 ราย ซึ่งได้รับการฝังรากฟันเทียมรายละเอียด 2 ราก ที่ตำแหน่งฟันเขี้ยวของขากรรไกรล่าง รวมรากเทียมทั้งหมด 342 ราก ผู้ป่วยมีอายุ 54-95 ปี เฉลี่ย  $71.29 + 6.783$  ปี เพศหญิง 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.5 เพศชาย 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.5 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างค่าตัวแปรทางคลินิกทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (PI) ดัชนีการมีเลือดออก (BI) ดัชนีสภาพเหงือก (GI) และความลึกร่องปริทันต์ (PD) กับความกว้างของเหงือกที่มีเคอราติน (KG) อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติและเมื่อข้อมูลถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยพิจารณาจากความกว้างของเหงือกที่มีเคอราติน พบว่าค่า PI, BI, GI และ PD มีค่าสูงในกลุ่มที่มีความกว้างของเหงือกที่มีเคอราตินน้อยกว่า 2 มม. เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเหงือกที่มีเคอราตินตั้งแต่ 2 มม. ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

ความกว้างของเหงือกที่มีเคอราตินนั้นมีความสัมพันธ์กับตัวแปรทางคลินิกทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ดัชนีการมีเลือดออก ดัชนีสภาพเหงือก และความลึกร่องปริทันต์ นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพเหงือกที่มีเคอราตินไม่เพียงพอ นั้น จะทำให้เกิดการสะสมคราบจุลินทรีย์ มีเลือดออก มีเหงือกอักเสบ และมีร่องลึกปริทันต์มากขึ้นด้วย ดังนั้นก่อนการฝังรากฟันเทียมต้องพิจารณาถึงสภาพเหงือกที่มีเคอราตินของผู้ป่วยประกอบด้วย

## Moving together: The best for the most

## EVD Innovation Surgical Men I LSH: 2017

ยุพาพิศ วินัยรักษ์, วินัย ผลถวิล, อำไพวรรณ เทือกมัน, ศุภานัน แสงเพชร, โฉมยงค์ โสภาพ, พิชาพร กันเทียน และ ทักษพร ดวนใหญ่

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผู้นำเสนอ นายวินัย ผลถวิล

## บทคัดย่อ

## บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระบบประสาทที่ได้รับการผ่าตัด Ventriculostomy ซึ่งเป็นการระบายน้ำไขสันหลังออกจากห้องสมอง (Ventricle) ออกสู่ภายนอกของร่างกาย โดยการใส่สายผ่านรูกะโหลกศีรษะต่อลงถุงที่รองรับน้ำไขสันหลัง(External ventricular drainage = EVD) การรักษาเพื่อลดความดันของกะโหลกศีรษะให้มีค่าปกติที่ 10 - 12 cmH<sub>2</sub>O แต่การดูแลพบปัญหาความคาดเคลื่อนในการตั้งระดับจุดหยุดของน้ำไขสันหลังของสาย EVD การปรับระดับเตียงที่ไม่คงที่และการเลื่อนหลุดของสาย EVD จากน้ำหนักของระบบปิดรองรับน้ำไขสันหลังที่ต่อพ่วงปริมาณมาก ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองเคลื่อน (Brain Herniation) ความดันในกะโหลกศีรษะสูงระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและอาการทรุดลง คณะทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ชั้น 15 จึงพัฒนาผลงานประดิษฐ์ EVD Innovation Surgical Men I LSH:2017 เพื่อเป็นเครื่องมือวัดระดับจุดหยุดน้ำไขสันหลังของสาย EVD ให้มีความเที่ยงตรง ถูกต้อง แม่นยำและป้องกันการเลื่อนหลุดของสาย EVD อันจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Ventriculostomy และ On External ventricular drainage (EVD) ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

## วิธีการศึกษา

1. ประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหาขณะดูแลและออกแบบสิ่งประดิษฐ์ โดยใช้ฟิวเจอร์บอร์ดเป็นตัวแบบตามชนิดของ EVD คือแบบชุดกระบอกสำเร็จรูปและแบบ Transfer bag
2. คัดเลือกอุปกรณ์เพื่อเป็นแม่แบบที่เหมาะสม ได้แก่ฟิวเจอร์บอร์ด(Future board) ไม้ (Wood) และแผ่นอะคริลิก (Acrylic)
3. เตรียมอุปกรณ์และสร้างตามแบบที่ออกไว้ ซึ่งใช้งบประมาณทั้งสิ้น 375 บาท
4. ทดลองใช้สิ่งประดิษฐ์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ชั้น 15 ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2560 จำนวน 4 ราย ด้วยวิธีการดังนี้
  - 4.1 จัดเตรียมผู้ป่วย หมุนหัวเตียงขึ้นประมาณ 15-30 องศา
  - 4.2 นำชุด EVD ที่ต่อจากผู้ป่วยประกอบเข้ากับชุดสิ่งประดิษฐ์ EVD ตามชนิดของ EVD ซึ่งมี 2 แบบ คือ แบบชุดกระบอกสำเร็จรูป และแบบ Transfer bag
  - 4.3 ห้อยแผ่นป้ายสิ่งประดิษฐ์ EVD กับเสาน้ำเกลือข้างเตียงผู้ป่วย ปรับตัววัดระดับน้ำเหนือ pointer ให้ได้ระดับฉาก

**Moving together: The best for the most**

- 4.4 กด Pointer สีแดงค้างไว้ พร้อมหมุนปรับระดับชุดวัด EVD ขึ้นลง ทั้งจากระดับเสาน้ำเกลือและระดับสายที่ห้อยชุดวัด EVD จน pointer ส่องตรงระดับรูผู้ป่วย ซึ่งเป็นระดับ Zero point ทหารัดชุดปิดตาเพื่อป้องกันแสง pointer เข้าตาผู้ป่วย
- 4.5 ปรับระดับจุดหยดน้ำไขสันหลัง โดยปรับเลื่อนก้ามปูให้ระดับจุดหยดน้ำไขสันหลัง จากสาย EVD ตรงตามแผนการรักษา หากเป็นชุด Transfer bag รัตระดับจุดหยดน้ำไขสันหลังด้วยตีนตุ๊กแกไว้กับก้ามปู
- 4.6 จัดวางถาดรองรับน้ำไขสันหลัง สายต่อให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
5. ประเมินผลการทดลองครั้งที่ 1 พบว่าการใช้ฟิวเจอร์บอร์ดจะอ่อนรับน้ำหนักไม่ได้
6. ปรับปรุงสิ่งประดิษฐ์ครั้งที่ 1 โดยใช้แผ่นไม้ (Wood) ทดแทนซึ่งแข็งแรงรับน้ำหนักได้ดี
7. ประเมินผลการทดลองครั้งที่ 2 พบว่าการใช้แผ่นไม้ (Wood) ทดแทนซึ่งแข็งแรงรับน้ำหนักได้ดีแต่มีปัญหาการดูแลทำความสะอาดแผ่นไม้มีความชื้นจึงพัฒนาเป็นแผ่นอคริลิก (Acrylic)
8. สรุปการประเมินผลการทดลองสิ่งประดิษฐ์ที่ใช้แผ่นอคริลิก (Acrylic) แข็งแรงสามารถรับน้ำหนักได้ดีและดูแลทำความสะอาดได้ดี

**ผลการศึกษา**

1. ทดสอบความเที่ยงตรงของระดับจุดหยดน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยทุกราย ทุก 2 ชั่วโมง พบว่าระดับจุดหยดน้ำไขสันหลังของสาย EVD ถูกต้องร้อยละ 100
2. ตรวจสอบการเลื่อนหลุดของสาย EVD จากข้อต่อต่างๆในผู้ป่วยทุกรายพบว่าไม่เลื่อนหลุดร้อยละ 100

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

1. มีเครื่องมือสำหรับวัดระดับจุดหยดน้ำไขสันหลังของสาย EVD ที่มีความเที่ยงตรง แม่นยำ
2. การดูแลไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุดของสาย EVD จากข้อต่อต่างๆทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะสมองเคลื่อนและความดันในกะโหลกศีรษะลดลง ส่งผลให้พื้นหายหลังผ่าตัด
3. ส่งเสริมความปลอดภัยและคุณภาพทางการพยาบาล
4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้สิ่งประดิษฐ์และขยายผลแก่ผู้ป่วยอื่นๆเพื่อนำมาปรับปรุงสิ่งประดิษฐ์ EVD ให้ดียิ่งขึ้น

## Moving together: The best for the most

## ผลการประคบด้วยเจลแช่เย็นต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยระยะท้าย

เพ็ญพร จงใจ และปราณี ไส้เพี้ย

โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

ผู้นำเสนอ นางปราณี ไส้เพี้ย

## บทคัดย่อ

## บทนำ

ความทุกข์ทรมานด้านความเจ็บปวดในผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลต่อความสุขสบายในผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งจะมีผลต่อความสุขสุดท้ายก่อนเสียชีวิต โรงพยาบาลห้วยยอดให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็น Hospice ward (ตึกอโรควาศาล) ตั้งแต่ 6 พฤษภาคม 2559 จนถึงปัจจุบันสถิติผู้ป่วยระยะท้ายที่มานอนรักษาตัวในตึกอโรควาศาล ตั้งแต่ พฤษภาคม 2559 - มิถุนายน 2560 จำนวน 44 ราย 80 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีอาการปวดของอวัยวะต่างๆในร่างกาย การดูแลรักษาด้วยการใช้ยาลดปวดอย่างเดียวช่วยให้ลดปวดได้ระดับหนึ่งแต่ยังคงเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ครอบครัวกังวล หน่วยงานจึงได้คิดค้นทำนวัตกรรมเจลแช่เย็นลดปวดขึ้น มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการลดปวดโดยไม่ใช้เจลแช่เย็น กับการลดปวดโดยใช้เจลแช่เย็นต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง ประชากรที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการปวดที่มานอนในตึกอโรควาศาลทุกคนโดยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่มานอนรักษาในตึก อโรควาศาลที่มีอาการปวดทุกคนระหว่างเดือน ก.ค. 59 - มิ.ย. 60 เลือกประชากรที่ทำการศึกษาได้ทั้งหมด 33 ตัวอย่าง สถิติที่ใช้เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย paired t- test

## ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยที่เจลแช่เย็นลดปวดสามารถช่วยลดระดับความเจ็บปวดลงได้มากกว่าไม่ใช้เจลแช่เย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูรี คงเพชร และคณะ (2554) และผู้ป่วยมีความสุขสบายและพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมเจลแช่เย็นลดปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  การศึกษาครั้งนี้ นำผลที่ได้มาพัฒนาการดูแลลดปวดในผู้ป่วยระยะท้ายในหน่วยงาน

## สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การใช้นวัตกรรมเจลแช่เย็นลดปวด สามารถลดระดับความเจ็บปวดได้จริงทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีความสุขสบาย พึงพอใจลดความทุกข์ทรมานในระยะท้ายของชีวิตได้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จูรี คงเพชร และคณะ (2554) สอดคล้องกับทฤษฎี ความเย็นลดการนำสัญญาณประสาทของ La afferent Sensory fiber ที่เลี้ยงเส้นใยกล้ามเนื้อ ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงในอภิปรายของ จูรี ลดการนำสัญญาณประสาทไปยังรอยต่อระหว่างปลายประสาทและกล้ามเนื้อลายทำให้การหดตัว การเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การเผาผลาญของเนื้อเยื่อลดลง ลดอัตราการไหลเวียนของเลือด ช่วยลดจำนวนโลหิต และการหลั่งของสารน้ำในเนื้อเยื่อบริเวณที่ปวดทำให้ลดอาการในการบวมและอักเสบ (สุรัสวดี มรรควัฒย์ 2549)

### Moving together: The best for the most

ความยั่งยืนยังลดศักยภาพในการทำงานของตัวรับสัมผัสของปลายประสาทของความรู้สึกปวดในบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้การส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดของประสาทรับรู้สีกข์ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลระดับความเจ็บปวดที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ยังนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่เจ็บปวดทั่วไปได้ด้วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ ใช้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีการตอบสนองต่อยาลดปวดไปด้วยในระดับหนึ่ง การใช้นวัตกรรมเอลลแซ่เย็น เป็นการช่วยเสริมในการลดความปวดลงได้อีกระดับหนึ่ง ระดับความเจ็บปวดเริ่มต้นที่ต่างกันและโรคที่นำมาศึกษาที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการลดระดับความเจ็บปวดได้ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไป

## Moving together: The best for the most

ผลการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเครือข่ายบริการสุขภาพศรีนครินทร์ สู่ความปลอดภัย และลดต้นทุน

นัยน์รัตน์ จันทรเพ็ง, เยาวภา พงศ์พุ่ม, ละออทิพย์ แสงทอง, สมจริง เอกผัคนาก, สุธีรวิทย์ สุขนวล และโชติ ช่วยเนียม  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ปัญญานันทภิกขุ) จังหวัดพัทลุง

ผู้นำเสนอ นางนัยน์รัตน์ จันทรเพ็ง

## บทคัดย่อ

## บทนำ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ปัญญานันทภิกขุ) เป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง ซึ่งเปิดให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 7 พฤษภาคม 2554 เป็นต้นมา จึงเป็นสถานบริการที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้น และมีปริมาณขยะติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2556 – 2558 มีปริมาณขยะติดเชื้อ 1,250,1,790,2,516 กิโลกรัม/ปี ตามลำดับ แต่มีการกำจัดขยะติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสมร้อยละ 25, 28, 30 ตามลำดับ และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะติดเชื้อในปริมาณที่เพิ่มขึ้นทุกปีคือ 25,000, 35,800 และ 50,320 บาท/ปี (ข้อมูลจากงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลฯ, 2558) ซึ่งสาเหตุเกิดจากการคัดแยกมีความถูกต้องเพียงร้อยละ 42 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อมีความถูกต้องเพียงร้อยละ 36 การเคลื่อนย้ายและรวบรวมมีความถูกต้องเพียง ร้อยละ 48 ลักษณะของรถเข็นที่ใช้มีความเหมาะสมร้อยละ 59 และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องเพียงร้อยละ 45 ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ปัญญานันทภิกขุ) โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICC) ได้นำข้อมูลที่เป็นปัญหาดังกล่าวมาวิเคราะห์ และร่วมกันหาวิธีการที่เหมาะสมจึงเกิด “ผลการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเครือข่ายบริการสุขภาพศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงสู่ความปลอดภัยและลดต้นทุน” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

## วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรของโรงพยาบาลฯ และเครือข่าย 5 แห่งจำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ระยะดำเนินการระหว่างตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานคือ 1) ศึกษาสภาพปัญหา 2) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 3) ประเมินผลและติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิดวัฏจักรคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) มาปรับปรุงระบบงานหลายๆ รอบให้เกิดคุณภาพ

## ผลการศึกษา

1. การประเมินความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อพบว่าก่อนการพัฒนามีระดับความรู้ร้อยละ 52.92 และหลังการพัฒนาระบบมีการจัดอบรมส่งผลให้ระดับความรู้ร้อยละ 84.77

2. การเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาซึ่ง ได้รับความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจำนวน 20 ข้อ และมีการติดตามนิเทศบุคลากรในหลักปฏิบัติการ ซึ่งแยกเป็นรายด้านดังนี้

2.1 ส่งผลให้คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องร้อยละ 85

2.2 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องร้อยละ 90

**Moving together: The best for the most**

2.3 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันถูกต้อง ทำความสะอาดรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ และปฏิบัติตามทางที่กำหนดไว้ได้ถูกต้องร้อยละ 85

2.4 และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องร้อยละ 100

3. ด้านค่าใช้จ่าย พบว่าหลังมีการพัฒนา ทำให้มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเผาขยะลดลงจากปี 2556-2559 จำนวนลดลงร้อยละ 58.74, 45.25, 40.84, 39.10 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของไพริน (2548) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่าหลังจากให้ความรู้และบุคลากรมีพฤติกรรมในการคัดแยกขยะตามขั้นตอน 5 ขั้นตอนได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น สามารถช่วยลดทั้งค่าใช้จ่ายในการเผาขยะและไม่มีขยะเหลือค้างอยู่ ทำให้การเผาขยะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และภราดร(2555)การประยุกต์ใช้วงจร PDCA พัฒนาการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่0.05

**สรุป และข้อเสนอแนะ**

จากผลการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเครือข่ายบริการสุขภาพศรีนครินทร์ สู่ความปลอดภัย และลดต้นทุน ส่งผลให้การปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการลดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการจัดการเผาขยะให้โรงพยาบาลด้วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการจัดการขยะในรูปแบบที่ได้มาตรฐาน ซึ่งได้รับการจัดตั้งให้เป็นศูนย์กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่มีมาตรฐานที่สุดในจังหวัด และทำให้เครือข่ายบริการสุขภาพศรีนครินทร์ ได้มีระบบการจัดการมูลฝอยได้ถูกต้อง

**เอกสารอ้างอิง**

1. ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย. *คู่มือแนวทางการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอย* สำหรับหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นและเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, พิมพ์ครั้งที่1, 2556.
2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . *คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ*, โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, พิมพ์ครั้งที่ 5, 2559.
3. ไพรินเกียรติสุนทรานันท์, (2548) *ประสิทธิภาพในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย*: ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม).

## Moving together: The best for the most

จาก SHEC สู่ AYECS® การพัฒนา ECS คุณภาพ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เขตสุขภาพที่ 4

ผู้นำเสนอ     นายสุรัตน์ สุขสว่าง  
                      นางสาวอัมมรา ลำไย

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

ในปัจจุบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกจากยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แล้วยังเน้นการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในเชิงระบบเรียกว่า “ระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Care System: k ECS)” ที่ประกอบไปด้วย 5 ส่วนหลัก คือ Pre-Hospital care, In-Hospital care, Refer Emergency, MCI และ Disaster

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ต้องมีความพร้อมในหลายๆด้าน ทั้งอาคารสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ ระบบการงาน และระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ ที่ผ่านมาการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน จะถูกมองว่าเป็นเรื่องของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เท่านั้น ภายใต้การประเมิน “ER คุณภาพ”

ในปี 2557 คณะกรรมการประเมิน ER คุณภาพ ตามคู่มือแนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับต่างๆ (Guide to Standardization in Hospital Base Emergency) (SHEC) ของกรมการแพทย์ ได้นำผลการประเมินมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางาน ด้วย SWAT Analysis พบว่า SHEC จุดเด่นในเรื่องมุมมองเชิงระบบ ชัดเจน มีหัวข้อในการประเมินอย่างครบถ้วน แต่การประเมินตนเองด้านเดียวและผลการประเมินที่ยังไม่เป็นรูปธรรมนั้น คณะกรรมการประเมินถือว่าเป็นโอกาสในการพัฒนาด้านการประเมินตนเองให้มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ปี 2558 สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ เรียกว่า “การประเมินคุณภาพ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (Ayutthaya Emergency Care System Quality Assessment: AYECS) หรือ “AYECS” เพื่อให้เกิดเกณฑ์การประเมินที่เป็นรูปธรรม สามารถนำไปพัฒนางานได้อย่าง ครอบคลุมระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลด้าน การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างปลอดภัย ภายใต้แนวคิด “ONE PROVINCE ONE EMERGENCY DEPARTMENT”

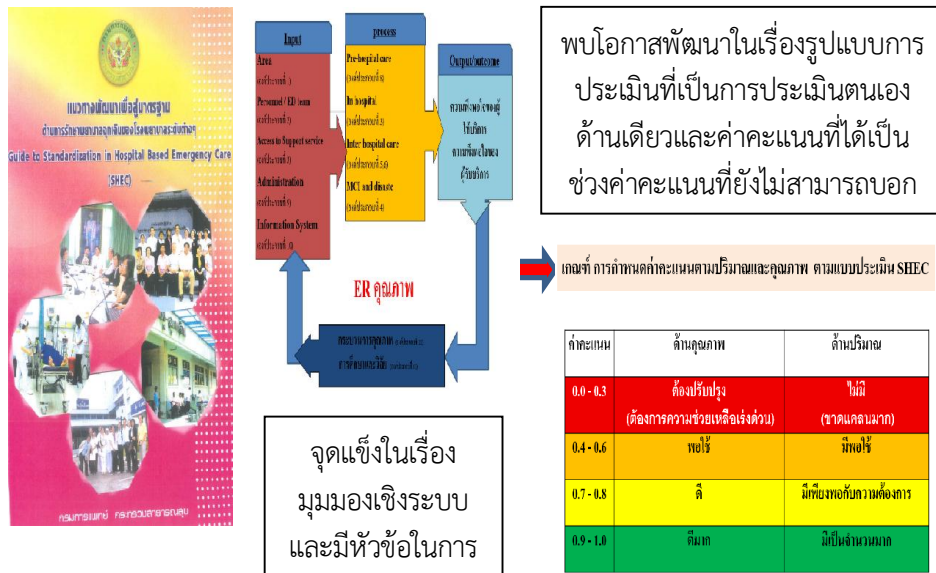
## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเกิดเกณฑ์ การประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS คุณภาพ) ในการประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถมองเห็นโอกาสพัฒนา แนวทางการพัฒนาของตนเองและเทียบเคียงการพัฒนา กับโรงพยาบาลใน ระดับเดียวกันได้ ผ่านผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
3. เพื่อให้เกิดการมองเห็นลำดับความสำคัญของโอกาสพัฒนาคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ในระดับจังหวัด
4. เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเปิดมุมมองใหม่ๆในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

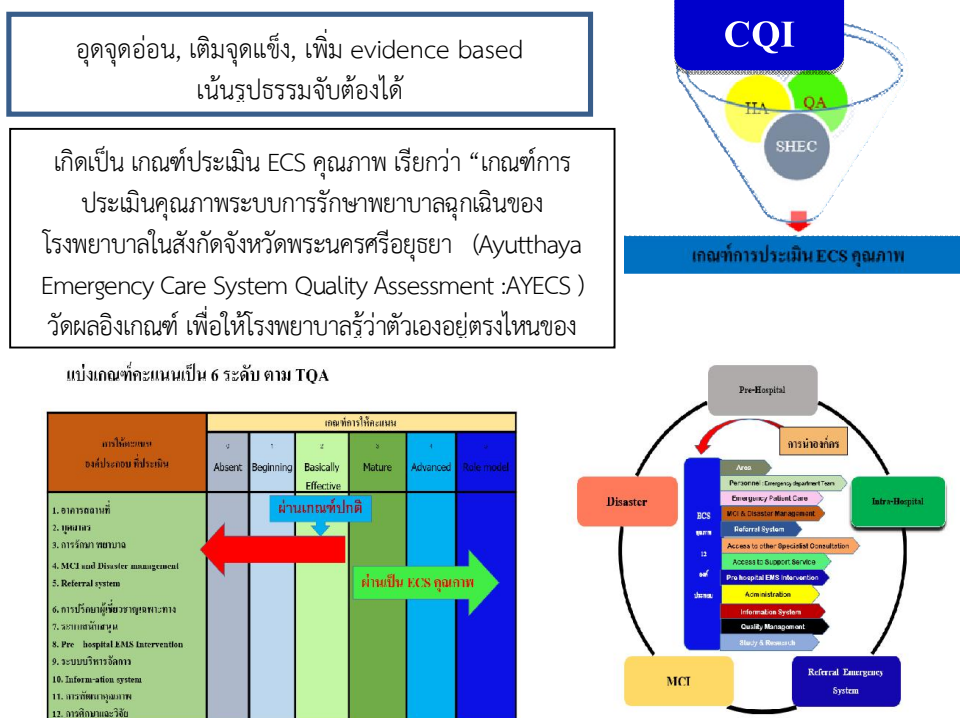
## Moving together: The best for the most

### วิธีการดำเนินงาน

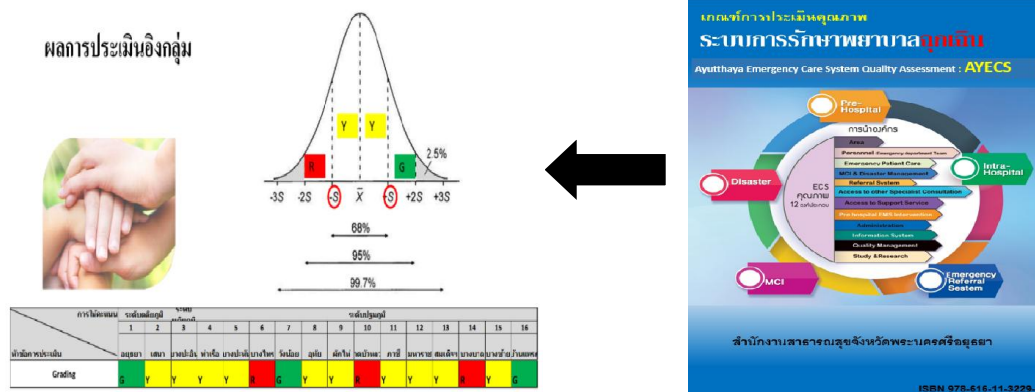
1. ประชุมหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อถอดบทเรียนจากการที่ใช้แบบประเมิน SHEC ในการประเมิน ER คุณภาพมาตั้งแต่ปี 2557



2. พัฒนาเกณฑ์การประเมิน ECS คุณภาพ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนด้วยวงล้อการพัฒนาคุณภาพ (P-D-C-A) โดยยึดองค์ประกอบของแบบประเมิน SHEC เดิม โดยให้สอดคล้องกับการประเมินอื่นๆ เช่น HA, HPH, QA การพยาบาล

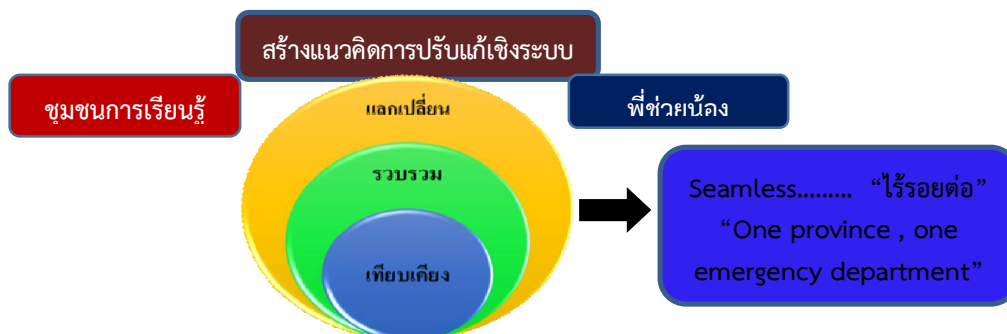


## Moving together: The best for the most



3. โรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน 16 แห่ง นำเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ: AYECS ไปประเมินตนเองและส่งผลการประเมินตนเองกลับมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4. การประเมินโดยทีมประเมินภายนอก ประกอบด้วย ประธาน Service Plan Trauma and Emergency, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ตัวแทนหัวหน้าพยาบาลและตัวแทนหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ออกเยี่ยมประเมิน โรงพยาบาลทั้ง 16 แห่ง โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ECS คุณภาพ: AYECS ประเมิน 2 มิติหลัก คือ 1. การประเมินการนำองค์กร เพื่อให้ทราบถึงวิสัยทัศน์ และมุมมองของทีมบริหารโรงพยาบาล ในระบบ ECS และ 2. การประเมินคณะทำงานหรือบุคลากรในโรงพยาบาล 12 องค์ประกอบ



5. นำผลการประเมินทั้งจากที่โรงพยาบาลประเมินตนเองและทีมเยี่ยมสำรวจออกไปประเมิน มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าคะแนนที่ได้จากทีมเยี่ยมสำรวจระดับจังหวัดเป็นผลลัพธ์ในการประเมิน โดยวัดผลทั้งในลักษณะอิงเกณฑ์จะผ่านที่ 40% และวัดผลในลักษณะอิงกลุ่ม พร้อมคืนข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลต่างๆทั้งในส่วน of ค่าคะแนนที่ได้ ข้อเสนอแนะในการพัฒนา และในส่วนระดับจังหวัดจะคืนข้อมูลประเด็นโอกาสพัฒนาร่วมกันในระดับจังหวัด ตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง

#### ผลการดำเนินงาน

1. เกิดเกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (Ayutthaya Emergency Care System Quality Assessment: AYECS) ที่มีเกณฑ์การประเมินที่เป็นรูปธรรม และสามารถใช้ควบคู่ไปกับการคุณภาพ HA QA ที่ทำอยู่ได้ ลดความซ้ำซ้อนของการทำงานคุณภาพ

**Moving together: The best for the most**

2. มีการนำเกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ไปใช้ในการประเมินคุณภาพระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ทุกแห่งในสังกัดจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีโรงพยาบาลทุกระดับผ่านเกณฑ์คะแนน 40% ขึ้นไป จำนวน 9 แห่ง จาก 16 แห่ง คิดเป็น 56.25% และโรงพยาบาลสามารถมองเห็นโอกาสพัฒนา แนวทางการพัฒนาของตนเองและเทียบเคียงการพัฒนา กับโรงพยาบาลในระดับเดียวกันได้

3. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเปิดมุมมองใหม่ ๆ ในการพัฒนาเชิงระบบ ในลักษณะชุมชนการเรียนรู้แบบที่ช่วยน้องกับพี่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับของโรงพยาบาลและในเครือข่าย ได้แก่การแลกเปลี่ยนเอกสารต่างๆ ในการบันทึกทางการพยาบาลของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การกำหนดตัวชี้วัดทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมกัน การสร้างแบบคำนวณค่าภาระงานและอัตราค่าจ้าง เป็นต้น

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใช้ค่าคะแนนวัดผลในลักษณะอิงกลุ่ม ทำให้มองเห็นลำดับความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินที่ต้องผลักดันในเชิงนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ การใช้ข้อมูลประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อรถพยาบาล การกำหนดให้โรงพยาบาลในพื้นที่เสี่ยงสารเคมี จำนวน 7 แห่ง ต้องมีจุดล้างตัว การจัดสรรงบประมาณและจัดการฝึกอบรมความรู้ในเรื่อง PHTLS ให้แก่พยาบาลกู้ชีพทั้งจังหวัด การจัดอบรมระบบการบัญชาการเหตุการณ์ในสาธารณภัย (ICS) ให้กับ คปสอ. ทุกแห่ง เป็นต้น

5. ใช้ประเมินตนเองเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

6. ขยายแนวคิดและเกณฑ์การใช้ พร้อมทั้งสร้างทีมประเมินให้แก่ระบบบริการสุขภาพสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขต 4 พร้อมทั้งเป็นพี่เลี้ยงออกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อเกิดการพัฒนาคุณภาพระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ในระดับเขต 4 ต่อไป

7. นำเสนอพร้อมรับคำแนะนำจากกรมการแพทย์ มาปรับปรุงเพิ่มเติม และได้ถูกนำไปใช้เป็นแบบประเมิน ECS คุณภาพ กับโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปทั่วประเทศ

**ปัจจัยในความสำเร็จ**

1. การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับในการสนับสนุนการพัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (Ayutthaya Emergency Care System Quality Assessment: AYECS)

2. ความมุ่งมั่นของบุคลากรในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกแห่งที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

3. รูปแบบของเกณฑ์การประเมินที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ ทำให้โรงพยาบาลมองเห็นทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน

4. ทีมประเมินภายนอก ที่ประกอบด้วย ประธาน Service Plan Trauma and Emergency, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ตัวแทนหัวหน้าพยาบาลและตัวแทนหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้เกิดการยอมรับในผลการประเมินของโรงพยาบาลต่างๆ

5. การเป็นกัลยาณมิตรที่ดีต่อกันทั้งทีมผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน

6. การบริหารจัดการทีมงานและงบประมาณของผู้ประสานงานทีมประเมิน ระดับจังหวัด

**ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน**

1. คณะกรรมการประเมินมีเวลาว่างไม่ตรงกัน ทำให้รอบการประเมินใช้ระยะเวลานาน

2. โรงพยาบาลที่รับการประเมิน ยังมีความเข้าใจว่าเกณฑ์ประเมินนี้เป็นเพียงส่วนของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความร่วมมือในการเข้ารับการประเมินของส่วนงานที่เกี่ยวข้องในบางแห่งยังมีน้อย

## Moving together: The best for the most

## หน่วยบริหารจัดการข้อมูลการบาดเจ็บและภาวะฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรี

โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี เขตสุขภาพที่ 6

ผู้นำเสนอ นางนิศาชล นุ่มมีชัย

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

ในปัจจุบันกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ต้องอาศัยข้อมูลและการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานหรือองค์กรสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาหน่วยงานหรือองค์กรให้ดีขึ้น โดยนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการผลักดัน/ ประสานให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality Process) ในแต่ละหน่วยงานหรือองค์กรนั้น แต่ในปัจจุบันพบว่า การเก็บข้อมูลและการจัดการข้อมูลยังขาดประสิทธิภาพ ข้อมูลที่รวบรวมได้ไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกัน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และการนำข้อมูลไปใช้ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยเฉพาะข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ และจากการที่กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญของการบริหารจัดการข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งหน่วยบริหารจัดการข้อมูลการบาดเจ็บ และภาวะฉุกเฉินขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อบริหารจัดการฐานข้อมูล (Database management) ด้านการบาดเจ็บ และภาวะฉุกเฉินตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการเกิดประโยชน์โดยผลักดันให้เกิดกระบวนการคุณภาพ (Quality process) มีการสนับสนุนให้เกิด การวิจัยและการจัดการความรู้ (Research and Knowledge management) บนฐานข้อมูลของตนเอง และผู้บริหารสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจในการบริหารองค์กร อีกทั้งต้องมีการแปลงข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบสารสนเทศเพื่อสื่อสารกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการส่งกลับข้อมูล (feedback data) เพื่อให้หน่วยงานหรือองค์กรนั้น สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเน้นประโยชน์ในเชิงป้องกัน และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วย อุบัติเหตุ และผู้ป่วยฉุกเฉินปลอดภัย และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบาย สำหรับผู้บริหารในการบริหารจัดการด้านการบาดเจ็บ และภาวะฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล
2. เพื่อให้มีการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีรูปแบบการจัดการข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม
3. เพื่อให้เกิดกระบวนการคุณภาพจากการบริหารจัดการข้อมูลภายในโรงพยาบาลของตนเองอย่างยั่งยืน และเกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการวิจัยและการจัดการความรู้ที่ยั่งยืน

## วิธีการดำเนินการ

1. เริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ Admitted จากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกราย โดยทำแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล และลงไปเก็บข้อมูลที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกวัน
2. นำข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันมาลงในคอมพิวเตอร์ (Green page) และสรุปยอดแยกประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น อายุรกรรม (NTE-Med) ศัลยกรรม (NTE-GenSx) อุบัติเหตุ (Trauma) เป็นต้นเพื่อลงในคอมพิวเตอร์ (Daily report)
3. เชื่อมโยงข้อมูลที่ได้กับระบบข้อมูลในโรงพยาบาล (Ephis) เพื่อนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างมีประสิทธิภาพ

### Moving together: The best for the most

4. นำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบงาน โดยจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 Emergency Case Audit (ECA) เป็นการทบทวนคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ประเมินตามมิติคุณภาพ 8 มิติ คือ Efficiency Effective Patient Center Timeliness Safety Accessibility Appropriateness Continuity of care

4.2 Quality Round (QR) เป็นการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มีปัญหาวิกฤติซับซ้อน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการสรุปประเด็นการพัฒนาแบบ C3THER

4.3 Knowledge Management (KM) เป็นการจัดการความรู้ โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพ สามารถนำความรู้ไปใช้ มีการประยุกต์ใช้ความรู้และเกิดการเรียนรู้ในองค์กร

4.4 Rapid Response Problem Solving (RRPS) เป็นกระบวนการในแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร อย่างเร่งด่วนภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นปัญหาเชิงระบบที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำงาน และส่งผลให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ

4.5 After Action Review (AAR) เป็นการทบทวนแนวทางปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติ เพื่อให้การปฏิบัติงาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเกิดเป็นมาตรฐานในการทำงาน ซึ่งอาจมีการปรับแนวทางปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติ นั้น ให้มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

4.6 Data Integration (DI) เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลใหม่ กับข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ เพื่อให้สามารถใช้ ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

4.7 Focus Chart Review (FCR) เป็นการทบทวนเวชระเบียนรายโรค และนำมาลงข้อมูล ในคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวิจัย

4.8 Root Cause Analysis (RCA) เป็นการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล โดยเน้นการ วิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ภายหลังการเกิดอุบัติการณ์ที่รุนแรง เพื่อนำไปสู่การ ปรับปรุงระบบงาน และลดโอกาสการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

5. แปลงข้อมูลที่ได้เป็นสารสนเทศที่มีการแสดงผลในรูปของกราฟ ตาราง หรือแผนภูมิ เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะ เชิงยุทธศาสตร์สำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล

6. มีการป้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะ ในเชิงบริหาร บริการ หรือวิชาการ สำหรับแต่ละหน่วยงานในองค์กร หรือในแต่ละ PCT ที่เกี่ยวข้อง โดยประสาน และเชื่อมโยงให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในทุกกลุ่มโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งมีการขยายให้เกิดการพัฒนา คุณภาพในระดับระหว่างโรงพยาบาล ระดับจังหวัด หรือระดับเขตสุขภาพ

7. สร้างนวัตกรรมใหม่โดยอาศัยข้อมูลที่ได้ และสนับสนุนให้เกิดงานวิจัย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม

## Moving together: The best for the most

## รูปภาพประกอบ



## ผลการดำเนินงาน

ปัจจุบันหน่วยบริหารจัดการข้อมูลการบาดเจ็บและภาวะฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรี (Chonburi TEA Unit) มีฐานข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่า 20,000 records มีการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินมากกว่า 140 ภาวะ มีการนำข้อมูลที่ได้มาแปลงให้เป็นสารสนเทศ เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพ จนเกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม โดยผ่านกิจกรรมคุณภาพ 8 กิจกรรม ซึ่งพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี มีความโดดเด่นในมิติด้าน ประสิทธิภาพ (Effectiveness) แต่ด้านที่ต้องมีการปรับปรุงหรือพัฒนาให้ดีขึ้น ได้แก่ด้าน การดูแลและการประเมิณอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) โดยหน่วยบริหารจัดการข้อมูลการบาดเจ็บและภาวะฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรี จะสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะ

### **Moving together: The best for the most**

วิกฤตอย่างเป็นระบบ โดยเน้นความเชื่อมโยงทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินให้มากขึ้น

#### **ปัจจัยแห่งความสำเร็จ**

ผู้บริหารเห็นความสำคัญ และสนับสนุนเชิงนโยบายให้มีการจัดตั้งหน่วยบริหารจัดการข้อมูลการบาดเจ็บและภาวะฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดการสารสนเทศในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนเพื่อการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

#### **ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน**

ไม่มีกรอบโครงสร้างที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ทำให้ระบบการทำงานยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

## Moving together: The best for the most

## ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ECS (Emergency Care System)

โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เขตสุขภาพที่ 6

ผู้นำเสนอ นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินเป็นระบบที่สำคัญในระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ห่วงโซ่เชื่อมต่อกัน เป็น “Chain of Survival” คือ 1) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Care) 2) การดูแลภายในโรงพยาบาล (In-hospital Emergency Care) 3) การส่งต่อ (Referral Care) 4) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัดคือชลบุรี จันทบุรี ระยอง ปราจีนบุรี สระแก้ว ตรัง สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา มีความท้าทายต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หลายประการ ได้แก่ 1) ผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) เป็นอันดับ 1 ของประเทศ 2) ประชากร 6-8 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มเป็น 15 ล้านคนใน 10 ปี 3) ภูมิประเทศหลากหลาย ทั้ง ชายทะเล ชายแดน ภูเขา 4) เป็นระเบียบเศรษฐกิจ (EEC) 5) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ 6) มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูง 7) มีความเสี่ยงต่อโรค/ภัยสุขภาพ เช่น น้ำท่วม ดินถล่ม อุบัติเหตุหมู่ชายทะเล สารเคมี โรคติดต่อ/โรคอุบัติใหม่ อับัติซ้ำ เป็นต้น

เขตสุขภาพที่ 6 มีแนวคิดการพัฒนา คือ การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบครบวงจร โดยมีแนวคิดการพัฒนา “Chain of Survival” ของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้มีการบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีคุณภาพ และยั่งยืน 4) บุคลากรในระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินปลอดภัย และมีความสุข

## วัตถุประสงค์

1. ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS ร้อยละ 60
2. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า Ps > 0.75 น้อยกว่าร้อยละ 1
3. ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ร้อยละ 60
4. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล เท่ากับ 0
5. ร้อยละจังหวัดที่มี SAT-EOC คุณภาพ ร้อยละ 100

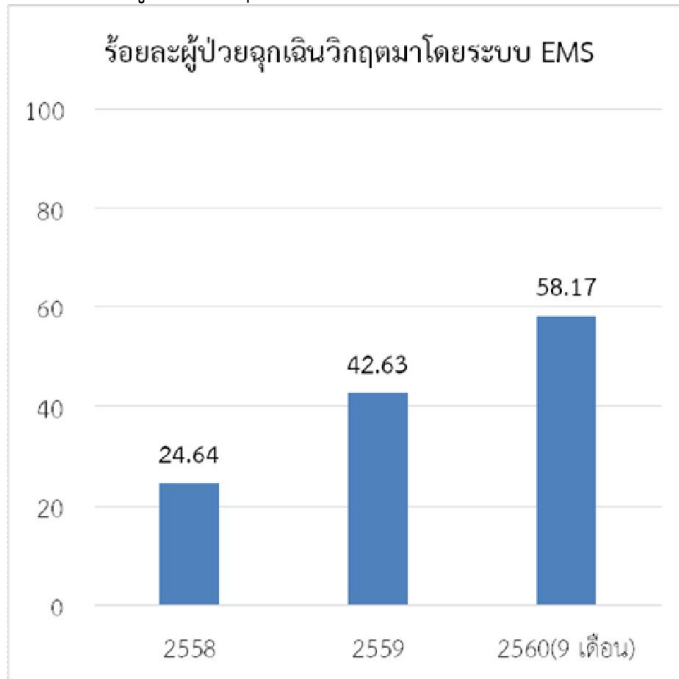
## วิธีการดำเนินงาน

จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา ECS ระดับเขตโดยการมีส่วนร่วมของทุกจังหวัด และการสนับสนุนของผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 6 มีการกำหนดเป้าหมาย 4 ประการร่วมกัน และมอบหมาย Focal Point ในแต่ละประเด็นและจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ ECS ระดับเขต

## Moving together: The best for the most

### ผลการดำเนินงาน

#### 1. ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS ร้อยละ 60



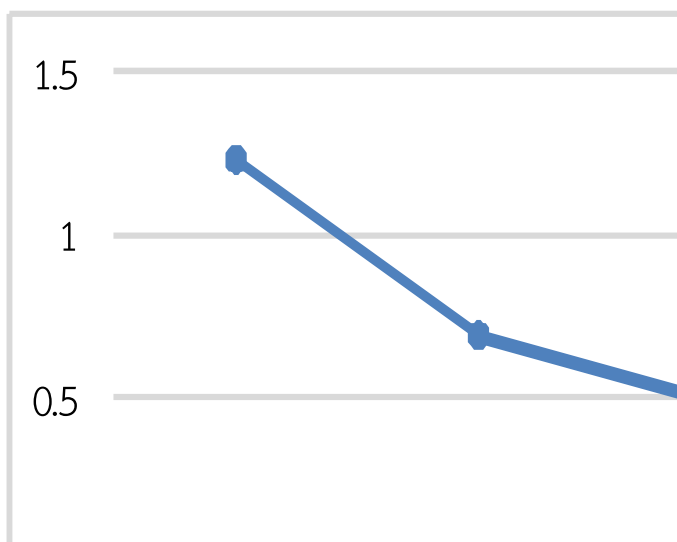
#### การดำเนินงาน

1. วิเคราะห์หาสาเหตุที่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่มาโดยระบบ EMS พบว่า เกิดจากผู้ป่วยคิดว่าไม่เป็นอะไร, คิดว่าอาการจะหายเองได้, มาเองเร็วกว่า, ไม่มีคนมาส่ง
2. จัดทำโครงการ EMS Member club
3. บูรณาการร่วมกับคณะกรรมการ EMS จังหวัดและ DHS
4. ประชาสัมพันธ์ 1669

#### ผลการดำเนินงาน

ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการบูรณาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น DHS

#### 2. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า Ps > 0.75 น้อยกว่าร้อยละ 1



#### การดำเนินงาน

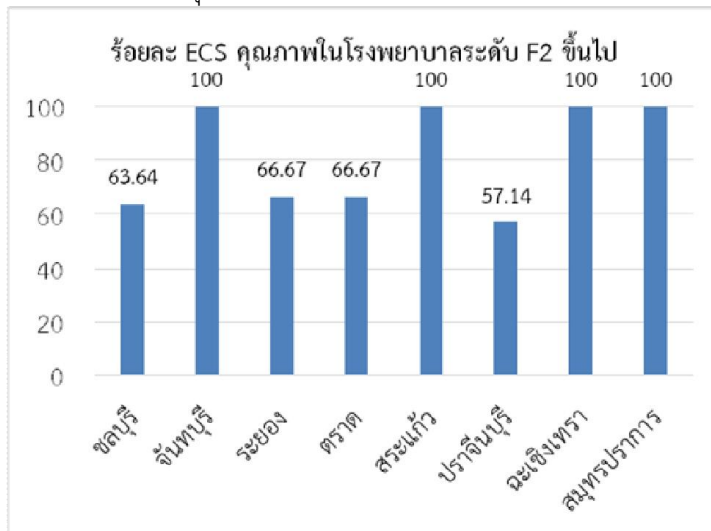
1. อบรม Prehospital Trauma Life Support
2. พัฒนาระบบ Trauma Fast Track
3. ระบบ Telemedicine
4. พัฒนาระบบ Refer และกำหนด Trauma Center

#### ผลการดำเนินงาน

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มี Ps > 0.75 มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์

## Moving together: The best for the most

## 3. ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ร้อยละ 60

การดำเนินงาน

1. อบรมเกณฑ์ ECS คุณภาพ
2. ประชุมแนวทางการพัฒนาตามเกณฑ์ ECS

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป = 81.67 หมวดที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ การนำองค์กร และน้อยที่สุดคือ อาคารสถานที่ และงานวิจัย

## 4) จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุรพพยาบาล = 0

| ปี                          | 2558 | 2559 | 2560 |
|-----------------------------|------|------|------|
| จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ | 0    | 2    | 2    |

การดำเนินงาน

1. อบรมพนักงานขับรถ 100%
2. ติดกล้องและ GPS 100%
3. ทำประกันภัยชั้นหนึ่ง 100%

ผลการดำเนินงาน

จำนวนการเกิดอุบัติเหตุเท่ากับ 2 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดที่บริเวณสี่แยก

## 5) ร้อยละจังหวัดที่มี SAT-EOC คุณภาพ

มีการประชุมร่วมกันระหว่างสำนักควบคุมโรคเขตสุขภาพที่ 6 พัฒนาระบบ ICS และ EOC สนับสนุนให้ทุกจังหวัดจัดตั้งทีม SAT และ จัดตั้ง EOC เมื่อเกิดโรค/ภัยสุขภาพ ทำให้ทุกจังหวัดมี SAT และ EOC คุณภาพ (100%)

## ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับเขต
2. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน
3. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
4. การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหา Best Practice ในเขต
5. มีเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน

**Moving together: The best for the most****SDHS-RTI (Sub District Health System-Road traffic injuries)**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8

**ผู้นำเสนอ** นายอุเทน หาแก้ว  
นางรวงทอง วัฒนกันตง

**ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา**

อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety 2015 ขององค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ 2 ของโลก โดยมีอัตราการตาย 36.2 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 23,000-24,000 คน หรือชั่วโมงละ 3 คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคนและนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิกการอีกปีละกว่า 7,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่าสองแสนล้านบาทต่อปี สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดอุดรธานีมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2557, 2558, 2559) คือ 309 คน (19.81 ต่อประชากรแสนคน), 247 คน (15.71 ต่อประชากรแสนคน), 396 คน (25.18 ต่อประชากรแสนคน)

สาเหตุหลักจากการขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด ต้มแล้วขับ ง่วง/หลับใน และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้อุบัติเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย หรือถนนและสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย เหล่านี้ล้วนส่งผลให้อุบัติเหตุมีความรุนแรงมากขึ้นและอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นบนถนนหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้บาดเจ็บเป็นกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงานที่มีการดื่มสุราก่อนขับขี่ยานยนต์และรถจักรยานยนต์

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดอุดรธานี ได้กำหนดเป้าหมายลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในปีงบประมาณ 2560 ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน โดยขับเคลื่อนผ่านศูนย์ความปลอดภัยทางถนนอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จึงได้พัฒนาจากการดำเนินงานระบบจัดการสุขภาพอำเภอป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน (DHS- RTI: District Health System-Road traffic injuries) ขับเคลื่อนถึงระดับตำบล โดยคัดเลือกตำบลที่มีสถิติเสียชีวิตสูงสุดปี 2559 จำนวน 1 ตำบลของอำเภอนำร่องประยุกต์ใช้ระบบสุขภาพตำบล (Sub District Health System: SDHS) เป็นตำบลต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน (Sub District Health System-Road traffic injuries: SDHS-RTI) ขับเคลื่อนร่วมกับกับศูนย์ความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ผ่านขึ้นสู่ศูนย์ความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) โดยใช้กลยุทธ์ “5 ส.5 เสถหลัก” ในการดำเนินงาน ตาม 10 กิจกรรม

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมโดยอาศัยศักยภาพพื้นที่ระดับตำบล

## Moving together: The best for the most

2. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านระบบสุขภาพตำบล (SDHS-RTI) ให้สามารถประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. สร้างกลไกการดำเนินงาน SDHS-RTI โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับท้องถิ่น/ตำบล/อำเภอ และเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยในระดับอำเภอ (ศปอ.อำเภอ)

## วิธีการดำเนินงาน

ระยะเวลาการดำเนินงาน : 1 ปี (1 มกราคม 2560– 31 ธันวาคม 2560)

1. การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหา
2. การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
3. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ศปอ.อปท./คณะกรรมการตำบลต้นแบบฯ
4. มีแผนงาน/โครงการ
5. การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
6. การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด้านชุมชน
7. การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน
8. การรณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ใช้สื่อในพื้นที่
9. การขับเคลื่อนทีมระดับหมู่บ้าน/ตำบล/ท้องถิ่น/หน่วยงาน (RTI Team)
10. การสรุปผลการดำเนินงาน

## รูปภาพประกอบ



Moving together: The best for the most

ผลการดำเนินงาน

| มาตรการ<br>[คะแนนเต็ม] | คำสั่ง<br>ศปท.<br>[2] | แผน<br>SRM<br>-RTI<br>[3] | จัดการ<br>ข้อมูล<br>[5] | ประชา<br>สัมพันธ์<br>[5] | จัดการ<br>คน<br>เสี่ยง<br>[5] | จัดการ<br>รถ<br>เสี่ยง<br>[5] | จัดการ<br>ถนน<br>เสี่ยง<br>[5] | ถนน<br>ปลอดภัย<br>[10] | มาตร<br>การ<br>องค์กร<br>[5] | หมู่บ้าน<br>ปลอดภัย<br>[10] | โรงเรียน<br>ต้นแบบ<br>[5] | มาตร<br>การ<br>ชุมชน<br>[10] | จำนวน<br>เกิด<br>RTI<br>[10] | จำนวน<br>บาดเจ็บ<br>[10] | จำนวน<br>ตาย<br>[10] | รวม<br>[100] |
|------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------|
| อำเภอ                  |                       |                           |                         |                          |                               |                               |                                |                        |                              |                             |                           |                              |                              |                          |                      |              |
| 1.เมือง                | 2                     | 3                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 6                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 0                    | 73           |
| 2.เพ็ญ                 | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 4                            | 6                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 0                    | 73           |
| 3.หนองวัว<br>ซอ        | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 8                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 84           |
| 4.สร้างคอม             | 2                     | 2                         | 3                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 8                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 0                    | 73           |
| 5.โนน<br>สะอาด         | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 4                            | 8                           | 4                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 86           |
| 6.กุมภวาปี             | 2                     | 3                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 8                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 85           |
| 7.ศรีธาตุ              | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 4                            | 8                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 85           |
| 8.วังสาม<br>หมอ        | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 4                            | 8                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 85           |
| 9.ประจักษ์             | 2                     | 2                         | 3                       | 4                        | 4                             | 4                             | 3                              | 6                      | 3                            | 8                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 80           |
| 10.หนอง<br>แสง         | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 6                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 82           |
| 11.บ้านดุง             | 2                     | 2                         | 3                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 6                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 81           |
| 12.หนอง<br>หาน         | 2                     | 3                         | 5                       | 5                        | 4                             | 5                             | 4                              | 8                      | 4                            | 8                           | 4                         | 8                            | 10                           | 10                       | 0                    | 80           |
| 13.กุแก้ว              | 2                     | 2                         | 4                       | 5                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 4                            | 8                           | 4                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 87           |
| 14.ไชยวาน              | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 4                            | 8                           | 4                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 86           |
| 15.พิบูลย์<br>รักษ์    | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 6                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 82           |
| 16.ทุ่งฝน              | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 6                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 82           |
| 17.บ้านฝ้อ             | 2                     | 3                         | 5                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 4                            | 8                           | 4                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 88           |
| 18.กุดจับ              | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 8                           | 4                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 85           |
| 19.น้ำโสม              | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 3                              | 6                      | 4                            | 8                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 82           |
| 20.นายูง               | 2                     | 3                         | 5                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 4                            | 8                           | 4                         | 8                            | 10                           | 10                       | 10                   | 88           |
| ภาพรวม                 | 2                     | 2                         | 4                       | 4                        | 4                             | 4                             | 4                              | 8                      | 3                            | 8                           | 3                         | 8                            | 10                           | 10                       | 8                    | 82           |

ข้อมูล ณ 26 พฤษภาคม 2560

เกณฑ์ ดีเยี่ยม = เขียว คะแนน = 90-100  
 ดีมาก = เหลือง คะแนน = 80-89  
 ดี = ส้ม คะแนน = 70-78  
 ปรับปรุง = แดง คะแนน = 60-69

วิธีการประเมิน : เก็บข้อมูลจากการนำเสนอผลงาน  
 ระยะเวลา : ช่วงเยี่ยมเสริมพลัง วันที่ 19 เม.ย.-17 พ.ค.60  
 โดย : ทีมเยี่ยมเสริมพลัง กลุ่มงานควบคุมโรค และ  
 กลุ่มงานคุณภาพฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

## Moving together: The best for the most

| ลำดับ | จุดแข็ง                                                                                                                                                                         | โอกาสพัฒนา / ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                          |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | <b>ศปอ.ตำบล</b><br>- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ศปอ.ตำบล<br>- มีการประชุมพูดคุยข้อมูล-การทำงานทุกเดือน                                                                             | - จัดตั้ง ศปอ. ระดับหมู่บ้าน<br>เพื่อให้เกิดการทำงานระดับหมู่บ้าน                                                                                                                                |
| 2     | <b>แผน SRM-RTI</b><br>- มีส่วนร่วมกรรมการและประชาชนทั่วไป<br>- มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน 1 ปี<br>- มีกิจกรรมแก้ไขปัญห                                                      | - เพิ่มการมีส่วนร่วม กลุ่มเยาวชน โรงเรียน/<br>บริษัท/ ร้านค้า<br>- กำหนดเป้าหมายเป็นจำนวน ตัวเลข 1, 3, 5 ปี<br>ให้ชัดเจน<br>- จัดทำโครงการ เพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ให้<br>ต่อเนื่อง            |
| 3     | <b>การจัดการข้อมูล</b><br>- มีการจัดเก็บข้อมูล - การสอบสวนเชิงลึก<br>- การวิเคราะห์ข้อมูล และ ระบบเฝ้าระวัง<br>การบาดเจ็บ ตาย ในช่วงเทศกาลอย่างเข้มข้น                          | - เพิ่มระบบการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และ<br>ระบบเฝ้าระวัง ให้ต่อเนื่อง<br>- เพิ่มระบบการคืนข้อมูล สู่ ศปอ.ตำบล ทุกเดือน                                                                         |
| 4     | <b>ประชาสัมพันธ์</b><br>- มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ อบรมให้ความรู้                                                                                                              | - เพิ่มสื่อ และ วิธีการถ่ายทอด ให้ความรู้<br>สู่กลุ่มเสี่ยง ในระดับครอบครัว                                                                                                                      |
| 5     | <b>จัดการปัจจัยเสี่ยง</b><br>- มีการจัดการ คน รถ ถนนเสี่ยง ในช่วง<br>เทศกาล อย่างเข้มข้น                                                                                        | - เพิ่มการจัดการปัจจัยเสี่ยง ให้มีความต่อเนื่อง<br>โดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมาย                                                                                                                    |
| 6     | <b>ถนนตัวอย่าง</b><br>- มีการกำหนดถนนตัวอย่าง แก้ไขจุดเสี่ยง<br>กำหนดข้อตกลงร่วมกัน                                                                                             | - เพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย การติดตาม<br>ประเมินผลเพื่อเปรียบเทียบก่อน-หลัง ประกาศ<br>ดำเนินการเป็นถนนตัวอย่าง                                                                                     |
| 7     | <b>มาตรการองค์กร หมู่บ้านปลอดภัย<br/>โรงเรียนต้นแบบ มาตรการชุมชน</b><br>- มีการกำหนดเป้าหมาย หน่วยงาน โรงเรียน<br>หมู่บ้าน ,มาตรการชุมชน ข้อตกลงร่วมกัน<br>อยู่ระหว่างดำเนินการ | - หน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดต้องเป็น<br>แกนนำ องค์กรต้นแบบ ในการขับเคลื่อน<br>ดำเนินการ ให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน<br>- มีผู้พิทักษ์กฎ การควบคุมกำกับ ประเมินผล<br>คืนข้อมูลที่เป็นระบบชัดเจน |

## Moving together: The best for the most

## 360 องศา ดูแลรักษาทารกตัวเหลืองระบบเครือข่าย

## (360° around of neonatal jaundice)

โรงพยาบาลนครนายก เขตสุขภาพที่ 4

ผู้นำเสนอ นางวารุณี ทับทิมทอง

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

ทารกตัวเหลืองเป็นโรคอันดับหนึ่งของทารกแรกเกิด จังหวัดนครนายกมีจำนวนการส่องไฟทารกเฉลี่ย 12 ราย ต่อวัน และมีทารกตัวเหลืองที่อยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงสูงต้องรับไว้รักษาใน Sick newborn/NICU โรงพยาบาลนครนายก ที่มีจำนวน 8 เตียง เฉลี่ยเดือนละ 24.6 ราย เกิดความแออัดทางกายภาพและภาระงาน มีความไม่เพียงพอของเครื่องมือ สถานที่และบุคลากร

PCT เด็กและสูติกรรม โรงพยาบาลนครนายก ได้มีการร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ที่มีภาวะตัวเหลืองมาโดยตลอด ในปี 2551 มีคู่มือแนวทางการดูแลทารกตัวเหลืองที่ชัดเจน และเผยแพร่ใช้ทั้งจังหวัดในปี 2556 มีการประเมินและปรับปรุงการดำเนินงานเรื่อยมา ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงตัวอย่าง เช่น การประเมินทารกล่าช้าเจาะบิลิรูบินครั้งแรกแล้วสูงจนถึงเกณฑ์ต้องเปลี่ยนถ่ายเลือด ทารกค่าบิลิรูบิน 18 mg% รอดตรวจที่ OPD นานกว่า 4 ชม. ทำให้ค่าบิลิรูบินแรกรับที่NICU ขึ้นเป็น 20 mg% ทารกตัวเหลืองต้องถูก refer จาก รพช.ไม่สามารถทนงเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้, ทารกตัวเหลืองถูกปฏิเสธ Refer เนื่องจากไม่มี Phototherapy จนต้องrefer out นอกเขต เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์พบว่ายังมีจุดที่สามารถลดขั้นตอนและพัฒนาไปสู่การลดระยะเวลาการรอคอยทารกตัวเหลือง เพิ่มการเข้าถึงบริการและบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน ทั้งเครือข่ายจังหวัดนครนายก

## วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัด ลดการส่งต่อ
2. บริการที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดนครนายก
3. ลดระยะเวลาการรอคอยทารกตัวเหลือง
4. ลดอัตราการเปลี่ยนถ่ายเลือด

## วิธีดำเนินการ

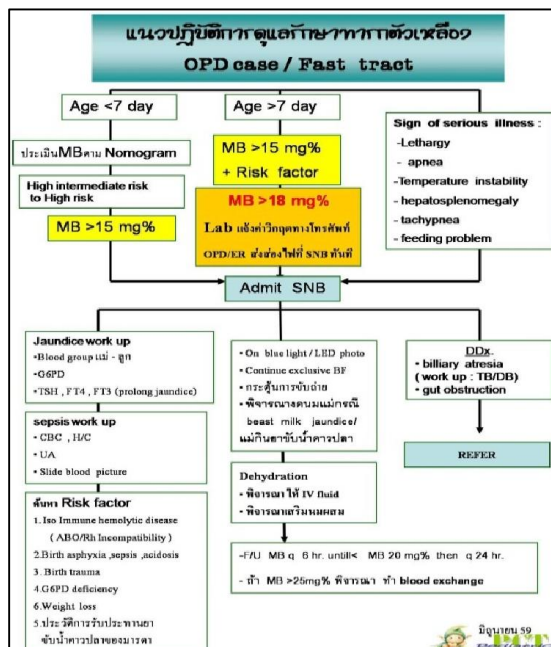
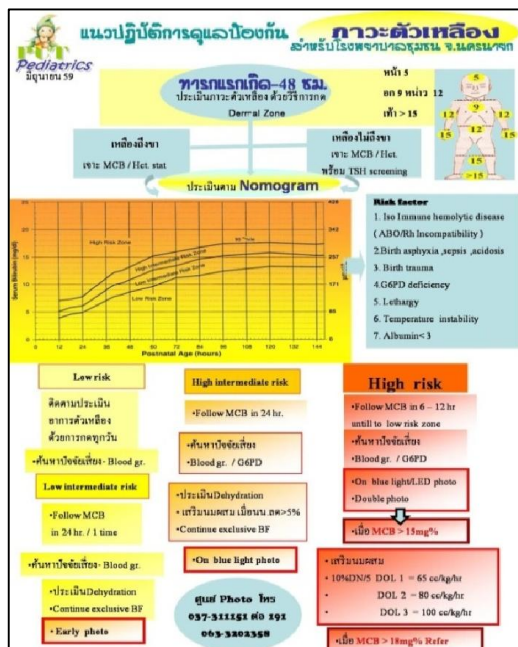
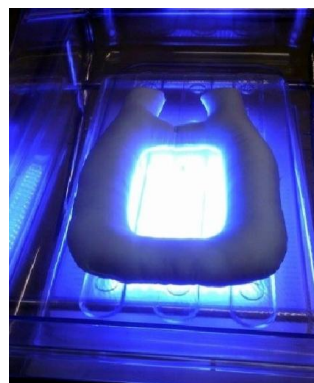
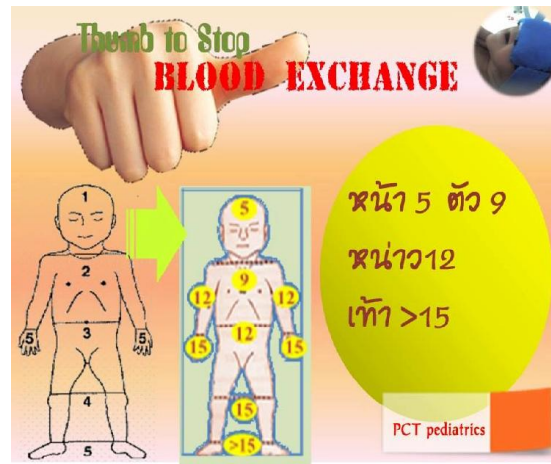
ร่วมดำเนินงานแบบสหสาขาและเครือข่ายจังหวัดนครนายก ได้แก่ PCT กุมารเวชกรรม NICU, ตึกเด็ก, สูติกรรม, พิเศษ, OPD, ER, Lab, โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่ง และรพ.สต. เริ่มดำเนินการ พ.ศ.2557

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัด ลดการส่งต่อ
  - เพิ่มจำนวนเตียงรับทารกในโรงพยาบาลนครนายก ทารกตัวเหลืองส่องไฟกับมารดาที่ ward NICU, หลังคลอด พิเศษและเพิ่มเตียง SNB ที่ตึกเด็กโต อีก 4 เตียง รพช.ส่องไฟรักษาได้ที่ รพช.บ้านนา 4 เตียง องค์กรฯ 2 เตียง ปากพลี 2 เตียง มีการสำรวจและยืมเครื่องมือกันภายในจังหวัด จัดทำแผนให้ทุกโรงพยาบาลมี LED phototherapy พัฒนาให้ รพช.ดูแลทารกตัวเหลืองได้ และกำหนดเกณฑ์การรับrefer และทารกที่จำหน่าย จาก โรงพยาบาลนครนายก นัด F/U MB ที่ รพช.

## Moving together: The best for the most

2. บริการที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดนครนายก
  - รพช.ใช้ CPG เดียวกันกับโรงพยาบาลนครนายก coaching และตรวจเยี่ยม รพช.การดูแลทารก และการใช้ CPG ทบทวนผลการดำเนินการ มีแนวทางการลดต้นทุนการตรวจวินิจฉัยรักษา และการสรุปเวชระเบียนให้ได้มาตรฐานคุ้มทุน
3. ลดระยะเวลาการรอคอยทารกตัวเหลือง
  - มีระบบ Fast tract การรับทารกตัวเหลืองที่มีความเสี่ยงสูงจาก Ward และ OPD เข้า NICU และ Fast tract Refer จัดกิจกรรมสร้างคุณค่า ในช่วงการรอคอยผลเลือดซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 - 60 นาที รับบริการการส่งเสริมการให้นมแม่ ประเมิน LATCH score กระตุ้นการบิ๊บ เก็บน้ำนม ให้คำแนะนำและสอบถามปัญหาการดูแลทารกทั่วไป ทั้งกับมารดาและ care giver
4. ลดอัตราการเปลี่ยนถ่ายเลือด
  - กำหนดและพัฒนาแนวทางการEarly detection และ Early Photo ให้มีความสำคัญกับ Hydration Care
  - นวัตกรรม “กดย่อนเหลืองเกิน” ลดการประเมินล่าช้า ในโรงพยาบาล รพช., รพ.สต. และผู้ปกครอง ทารก
  - นวัตกรรม “ร้งนอนส่องไฟ: Nari's Neonest” ทำให้ทารกนอนนานขึ้น เหมือนได้รับการโอบกอดตลอดเวลา

Moving together: The best for the most



Moving together: The best for the most



## แนวทางการรับทารก SNB / NICU

- ❖ ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม
- ❖ ทารกที่มีมารดาที่ PROM > 18 hr.
- ❖ ทารกที่มีอาการตัวเหลืองผิดปกติ MCB > 15 mg%
- ❖ ทารกที่มีมารดาเป็น GDM และ DTX ที่อายุ 1 ชั่วโมง < 50 mg%
- ❖ ทารกที่มีหายใจหอบ > 60/min ที่อายุ 2 ชั่วโมง หรือมี Cyanosis

ไม่ต้องโทรรายงาน  
กุมารแพทย์

**สูติแพทย์  
เขียนใบ consult  
แล้วย้ายได้เลย**

อย่าลืมโทรแจ้งพยาบาล  
NICU ก่อนย้าย

ทารกทุกรายที่มีความเสี่ยงสูงต้องนำตัวปรึกษาแพทย์สูติแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษา

- ทารกปกติ DTX < 50 mg% หลัง Try feed หรือ poor feeding
- ทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ < 36 สัปดาห์ (ประเมินจาก Ballard score)
- ทารกคลอดเกินกำหนดอายุครรภ์ > 42 สัปดาห์ (ประเมินจาก Ballard score)
- ทารกที่เกิดที่มีความผิดปกติเช่น Birth asphyxia, respiratory problem
- ทารกที่มีอุณหภูมิ < 36.5 °C นานกว่า 3 ชั่วโมงหลังได้รับการแก้ไขอุณหภูมิแล้ว
- ทารกที่มีความผิดปกติทางสรีรกรรมที่ต้องดูแลพิเศษ เช่น gut obstruction cleft lip-palate

หมายเหตุ : ทารกที่มีความผิดปกติทางอายุครรภ์ มีกุมารแพทย์เป็นผู้ดูแล  
ทารกที่มีความผิดปกติทางสรีรกรรม มีสูติแพทย์เป็นผู้ดูแล

ปรับปรุง กรกฎาคม ๒๕๕๕



## Moving together: The best for the most

## ผลการดำเนินการ

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการและได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวทั้งจังหวัดนครนายก  
ปี 2558 ใช้ CPG เดียวกันกับโรงพยาบาลนครนายก 100%  
ปี 2559-2560 รพช. ดูแลทารกตัวเหลืองได้ 52 ราย ตัวเหลืองเปลี่ยนถ่ายเลือด 0  
การ refer ทารกตัวเหลือง 1 ราย การปฏิเสธ refer ทารกตัวเหลือง 0  
การ refer ทารกตัวเหลืองออกนอกเขต 0
2. ลดระยะเวลาการรอคอย OPD  
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย (Time to Photo): ยืนยันบัตร – admit ส่งไฟ เดิมใช้เวลา >3 ชม.  
ปี 2558 เท่ากับ 1.48 ชม.  
ปี 2559 เท่ากับ 1.33 ชม.
3. ลดระยะเวลาการรอคอย IPD: อัตราการย้ายทารกตัวเหลืองที่ตรวจเลือดครั้งแรก MB  $\geq 15\text{mg\%}$  ที่อายุ 48 ชม.  
ปี 2558 ร้อยละ 7.1 (15 ราย: ทารกตัวเหลือง 211 ราย)  
ปี 2559 ร้อยละ 3.57 (8 ราย: ทารกตัวเหลือง 224 ราย)  
ปี 2560 (9 เดือน) ร้อยละ 3.55 (6 ราย: ทารกตัวเหลือง 169 ราย)

| ข้อมูล/ตัวชี้วัด                                                    | เป้าหมาย     | 2555    | 2556    | 2557    | 2558    | 2559     | 2560 (9mo.) |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|---------|---------|---------|---------|----------|-------------|
| อัตราการเกิดตัวเหลือง                                               | 25%          | 22.14   | 23.65   | 24.23   | 25.36   | 24.33    | 25.01       |
| อัตราการตรวจ MB ครั้งแรกที่อายุ 48 ชม. แล้ว MB $\geq 15\text{mg\%}$ | 0            | 44.12   | 38.86   | 16.39   | 7.1     | 3.57     | 3.55        |
| อัตราการทำ Blood Exchange                                           | 0            | 1.32    | 0       | 0.82    | 0       | 0        | 0           |
| วันนอนเฉลี่ย                                                        | <5 วัน       | 5.6     | 5.3     | 4.8     | 4.3     | 4.2      | 3.6         |
| ระยะเวลาการรอคอยที่ OPD                                             | $\leq 1$ ชม. | >3 ชม.  |         |         | 1.48    | 1.33     | 1.20        |
| ตัวเหลือง refer in                                                  | 0            | 5.8 (3) | 6.1 (4) | 2.1 (2) | 0.47(1) | 0.44 (1) | 0.58 (1)    |

## อภิปรายผล

แม้ว่าแนวปฏิบัติ Early detection และ Early Photo จะทำให้อัตราการส่งไฟทารกตัวเหลืองสูงขึ้นกว่า 25% แต่ลดการเปลี่ยนถ่ายเลือดและจำนวนวันนอนอย่างชัดเจน ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้ต้องมีการกำกับติดตามรวมถึงการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่การสร้างความสัมพันธ์ในทีมเครือข่ายถือเป็นปัจจัยความสำเร็จ

## ความภาคภูมิใจ

นวัตกรรมคัดกรองเหลืองเกิน ได้รับรางวัลรองชนะเลิศสมรรถนะคุณภาพเครือข่ายทารกเขต 4 ปี 2555  
รางวัลดีเด่นสาขาทารกแรกเกิด Service plan sharing ครั้งที่ 3 ปี 2559

## Moving together: The best for the most

ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.สุพรรณบุรี

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี เขตสุขภาพที่ 5

ผู้นำเสนอ นางสาวจิรภา แก้วใหญ่

### ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เริ่มทำทะเบียนมะเร็ง ปี 2556 โดยเริ่มบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในโปรแกรม CanReg 4 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยโดยการตรวจชิ้นเนื้อเท่านั้น ดังนั้นข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งจึงไม่ครบถ้วน ต่อมาในปี 2558 กรมการแพทย์โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กำหนดให้โรงพยาบาลรัฐบาลทุกแห่งทำทะเบียนมะเร็ง โดยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมทะเบียนมะเร็งไทย (Thai Cancer Based Registry, TCB) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน และนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การทำทะเบียนมะเร็งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา โรงพยาบาลสู่การเป็น Excellent Center in Cancer Management

### วัตถุประสงค์

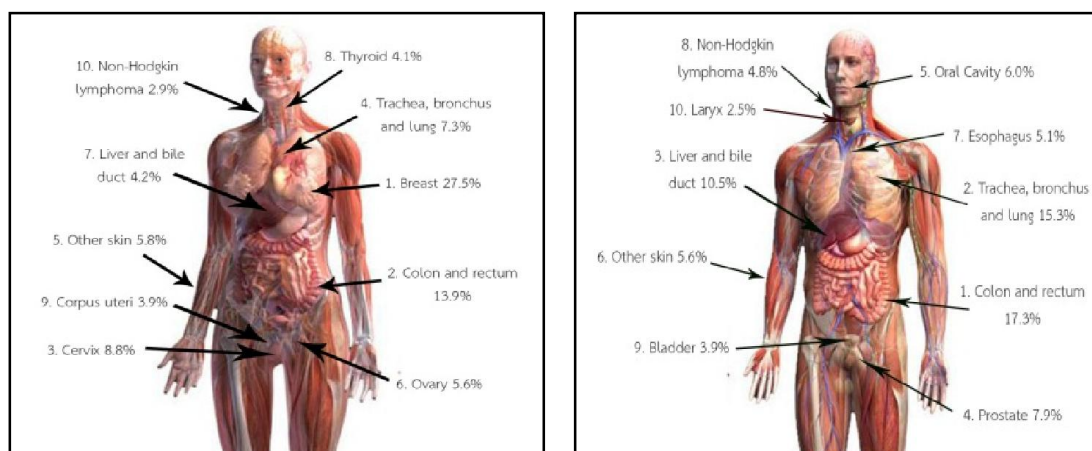
1. จัดทำ Hospital-based cancer registry โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ให้มีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน สามารถใช้งานได้อย่างรวดเร็ว
2. จัดทำ annual report of Chaoprayayomraj Hospital-based Cancer Registry เป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อศึกษา Survival และ Mortality ในมะเร็งที่สำคัญของโรงพยาบาล
4. จัดทำฐานข้อมูลมะเร็งเพื่อนำไปใช้วางแผนพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล
5. เป็นฐานข้อมูลมะเร็งเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยของจังหวัดสุพรรณบุรี
6. เป็นฐานข้อมูลมะเร็งในระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

### วิธีการดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1: พัฒนารูปแบบเครือข่ายการจัดการทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล
- ระยะที่ 2: พัฒนาคณะทำงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลและแต่งตั้งคณะทำงานประกอบด้วยแพทย์พยาบาล นักเวชสถิติ นักวิชาการคอมพิวเตอร์
- ระยะที่ 3: เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทำทะเบียนมะเร็ง โดยพยาบาลทบทวนเวชระเบียน (Audit OPD Card) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยมะเร็งตาม ICD-10 ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนมะเร็งในปี 2559 และผู้ป่วยที่เสียชีวิตบันทึกข้อมูลในแบบรายงานโรคมะเร็งส่งให้เวชสถิติเพื่อให้รหัส ICD-O และคีย์ข้อมูลในโปรแกรม Thai Cancer Based นักคอมพิวเตอร์ Analysis ข้อมูลก่อน Transfer ส่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ระยะที่ 4: การจัดทำเล่มทะเบียนมะเร็งโดยคณะกรรมการทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาล ทบทวนความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลใน TCB และจัดทำเล่มทะเบียนมะเร็ง

## Moving together: The best for the most

รูปภาพประกอบ แสดงโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศชายและเพศหญิง ปี 2559



## ผลการดำเนินงาน

สรุปรายงานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรระหว่างวันที่ 1 ม.ค.2559-31 ธ.ค.2559

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี 2559 จำแนกตามเพศ

| เพศ  | จำนวน (ราย) | ร้อยละ (%) |
|------|-------------|------------|
| ชาย  | 647         | 47.6       |
| หญิง | 712         | 52.4       |
| รวม  | 1,359       | 100        |

ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี 2559 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งสิ้นจำนวน 1,359 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 647 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.6 และเพศหญิงจำนวน 712 รายคิดเป็นร้อยละ 52.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศชาย

| รหัสกลุ่มโรค | กลุ่มโรค                | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------|-------------------------|-------------|--------|
| C18-C21      | Colonandrectum          | 112         | 17.3   |
| C33-C34      | Trachea, brochusandlung | 99          | 15.3   |
| C22,C24      | Liverandbileduct        | 68          | 10.5   |
| C61          | Prostate                | 51          | 7.9    |
| C00-C08      | Oralcavity              | 39          | 6.0    |
| C44          | Otherskin               | 36          | 5.6    |
| C15          | Esophagus               | 33          | 5.1    |
| C82-C85,C96  | Non-Hodgkinlymphoma     | 31          | 4.8    |
| C67          | Bladder                 | 25          | 3.9    |
| C32          | Larynx                  | 16          | 2.5    |

**Moving together: The best for the most**

จากการทำทะเบียนมะเร็งในระดับโรงพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรีในปี 2559 พบว่าในเพศชายจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งสิ้น จำนวน 647 รายในลำดับที่หนึ่งเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 112 รายคิดเป็นร้อยละ 17.3 และรองลงมาเป็นมะเร็งมะเร็งหลอดคอและปอดจำนวน 99 รายคิดเป็นร้อยละ 15.3 และมะเร็งตับและท่อน้ำดีจำนวน 68 รายคิดเป็นร้อยละ 10.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศหญิง

| รหัสกลุ่มโรค | กลุ่มโรค                   | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------|----------------------------|-------------|--------|
| C50          | Breast                     | 196         | 27.5   |
| C18-C21      | Colonandrectum             | 99          | 13.9   |
| C53          | Cervixuteri                | 63          | 8.8    |
| C33-C34      | Trachea, bronchus and lung | 52          | 7.3    |
| C44          | Other skin                 | 41          | 5.8    |
| C56          | Ovary                      | 40          | 5.6    |
| C22,C24      | Liver and bile duct        | 30          | 4.2    |
| C73          | Thyroid                    | 29          | 4.1    |
| C54          | Corpus uteri               | 28          | 3.9    |
| C82-C85,C96  | Non-Hodgkin lymphoma       | 21          | 2.9    |

จากการทำทะเบียนมะเร็งในระดับโรงพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี ในปี 2559 พบว่าในเพศหญิงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งสิ้น จำนวน 712 รายในลำดับที่หนึ่งเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 196 รายคิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 99 รายคิดเป็นร้อยละ 13.9 และมะเร็งปากมดลูกจำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 ตามลำดับ

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน**

การทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลให้สำเร็จ ควรมีการทำงานอย่างเป็นระบบและแต่งตั้งผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนใน 3 วิชาชีพได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักเวชสถิติ นักคอมพิวเตอร์ มีระบบการทำงานที่ชัดเจน โดยพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นมะเร็งในแบบรายงานโรคมะเร็งส่งให้นักเวชสถิติ ให้รหัส ICD-O และคีย์ข้อมูลในโปรแกรม TCB ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ นักคอมพิวเตอร์ Analysis ข้อมูลก่อน Transfer ส่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติส่งผลให้การทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลสำเร็จลงได้และสามารถทำได้ต่อเนื่องและยั่งยืน

## Moving together: The best for the most

## การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เขตสุขภาพที่ 9

ผู้นำเสนอ นางกุลวรรณ พุดิดำรง

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย ในปี 2554 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 61,082 คน เป็นเพศชาย 35,437 คน เป็นเพศหญิง 25,645 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สถานการณ์ของความเจ็บป่วยนี้สอดคล้องโรงพยาบาลประโคนชัยที่พบในทำนองเดียวกันว่า โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ จากสถิติโรงพยาบาลประโคนชัยปี 2557, 2558 มีผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง 88, 128 รายตามลำดับ โดยร้อยละ 54 ของผู้ป่วย ต้องการไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่ด้วยความไม่พร้อมต่อการดูแลและไม่มีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวไปที่บ้าน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอประโคนชัยขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและดูแลต่อเนื่องในชุมชน

## วิธีการดำเนินงาน

ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม 2558 ดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนดำเนินการ ระยะปฏิบัติการและระยะสรุปประเมินผล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการคือแพทย์ พยาบาล จำนวน 52 คน กลุ่มผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติจำนวนอย่างละ 75 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึก เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณใช้แบบสอบถามและแบบรายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

รูปภาพประกอบ



## Moving together: The best for the most



เยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกับนายอำเภอ, อบต. พระภิกษุและจิตอาสา

### เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง



#### ผลการดำเนินงาน

1. ระยะก่อนดำเนินการ มีการสำรวจและวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย Palliative care พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเฉพาะด้านจิตวิญญาณและไม่ได้รับการตอบสนองความเจ็บปวดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านการติดตามเยี่ยมยังไม่ครอบคลุมทุกราย
2. ระยะปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนโดยมีการพัฒนาทักษะบุคลากรด้วยการอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและติดตามเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนด้วยการจัดลำดับการเยี่ยมตาม PPS และบันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์มการเยี่ยม
3. ระยะสรุปประเมินผล พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลประโคนชัย ดำเนินการโดย มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจนและมีผู้รับผิดชอบเต็มเวลา ซึ่งผ่านการอบรม มีเกณฑ์การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโดยแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีกระบวนการทำ Advance care plan ทุกรายและทำ

**Moving together: The best for the most**

family meeting ทุกรายที่มีปัญหา ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการตามแบบประเมินครอบคลุมทุกด้าน มีการกำหนดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จากการพัฒนารูปแบบดังกล่าวพบว่า กลุ่มผู้ให้บริการได้รับการอบรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ร้อยละ 48 กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.5 อายุอยู่ในช่วง 65-70 ปี มากสุด คิดเป็น ร้อยละ 45 และเป็นโรคมะเร็งมากที่สุดร้อยละ 87 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนร้อยละ 100 เสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 85.88 และเสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 14.22 การเข้าถึงยาในกลุ่ม Opioid พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินอาการไม่สุขสบายจากอาการปวด ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บปวดจำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.5 และได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Opioid ชนิดกิน และฉีดได้ผิวหนัง เมื่อมีอาการตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ WHO ซึ่งพบว่าผู้ป่วยได้เข้าถึงยาในกลุ่ม Opioid ร้อยละ 100 ความพึงพอใจพบว่าผู้ป่วยและญาติจำนวนอย่างละ 75 คน มีความพึงพอใจร้อยละ 100 กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 52 คน มีความพึงพอใจร้อยละ 97

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ**

ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงานประกอบด้วย บุคลากรผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มีองค์ความรู้เฉพาะ, ระบบการทำงาน, ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนเชิงนโยบาย ความสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในโรงพยาบาลและในรพ.สต., จิตอาสา พระภิกษุ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน**

การดำเนินงานทุกขั้นตอนมีช่องว่างในการประสานงานที่ยังต้องใช้เวลาในการสื่อสารให้เข้าใจ และองค์ความรู้ต่างๆยังไม่เพียงพอสำหรับเครือข่ายที่จะต้องปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองจึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างไว้รอยต่อไป วันที่ 22 สิงหาคม 2560

## Moving together: The best for the most

## การสร้างและการตรวจสอบแบบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย

โรงพยาบาลหนองคาย เขตสุขภาพที่ 8

ผู้นำเสนอ นายแพทย์สุชาย อมรกิจบำรุง

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย จะมีปัญหาการเจ็บป่วย และการตายสูง มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน coronary heart disease และ stroke อัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลหนองคาย 5 ปีซ้อนหลังสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนด ในจังหวัดหนองคายยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับแบบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อย และนำไปสร้างแบบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างแบบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแบบคัดกรองที่สร้างขึ้น

## วิธีการดำเนินงาน

1. ระยะที่ 1 การสร้างแบบคัดกรอง

เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาและทารกแรกคลอดมีชีพในโรงพยาบาลหนองคายระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 จากทะเบียนคลอดและเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยแบ่งมารดาเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มศึกษา ได้แก่ มารดาที่คลอดทารกแรกคลอดซึ่งมีน้ำหนักแรกคลอด 1,800-2,499 กรัม จำนวน 60 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ มารดาที่คลอดทารกแรกคลอดซึ่งมีน้ำหนักแรกคลอด 2,500-3,500 กรัม (โดยคลอดในช่วงเวลาก่อนและหลังมารดาที่คลอดทารกแรกคลอดซึ่งมีน้ำหนักแรกคลอด 1,800-2,499 กรัม) จำนวน 120 ราย โดยศึกษาปัจจัยต่างๆที่คาดว่าจะมีผลทำให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 14 ปัจจัย แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านโภชนาการ จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ความสูงของยอดมดลูก ปัจจัยด้านการแพทย์ และสูติกรรม จำนวน 9 ปัจจัย ได้แก่ อายุ คลอดบุตรครั้งที่ การฝากครรภ์คุณภาพ ประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักน้อย ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด เพศทารก

2. ระยะที่ 2 การตรวจสอบประสิทธิภาพของแบบคัดกรอง

นำแบบคัดกรองที่ได้จากการวิจัยไปตรวจสอบประสิทธิภาพกับมารดาซึ่งคลอดทารกแรกคลอดมีชีพในโรงพยาบาลโพธิ์ชัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 จำนวน 105 ราย (เป็นทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อย 35 ราย เป็นทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดปกติ 70 ราย)

## Moving together: The best for the most

## ผลการดำเนินงาน

ปัจจัยที่มีผลทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุครรภ์ขณะคลอด <37 สัปดาห์ ความสูงของยอดมดลูก <32 ซม. และน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ <45 กก. ซึ่งสามารถนำไปสร้างเป็นแบบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยได้ 3 แบบ แบบคัดกรองที่มีความเหมาะสมที่สุด ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ อายุครรภ์ขณะคลอด <37 สัปดาห์ หรือความสูงของยอดมดลูก <32 ซม. ซึ่งมีประสิทธิภาพสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของแบบคัดกรองต่างๆ ในการคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย

| ประสิทธิผล  | สมการถดถอย<br>พหุโลจิสติก | การคัดกรองโดย<br>ใช้ 2 ปัจจัยร่วมกัน                          | การคัดกรองโดย<br>ใช้ทั้ง 3 ปัจจัยร่วมกัน                                                        |
|-------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | $P(y) =$                  | อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ หรือความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม. | อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ หรือความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม. หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ < 45 กก. |
| Sensitivity | 71.7                      | 90.0                                                          | 93.3                                                                                            |
| Specificity | 90.0                      | 63.3                                                          | 56.7                                                                                            |
| PPV         | 78.2                      | 55.1                                                          | 51.9                                                                                            |
| NPV         | 86.4                      | 92.7                                                          | 94.4                                                                                            |
| Accuracy    | 83.9                      | 72.2                                                          | 68.9                                                                                            |

$$z = -2.782 + 3.314 \times (\text{อายุครรภ์ขณะคลอด} < 37 \text{ สัปดาห์}) + 1.667 \times (\text{ความสูงของยอดมดลูก} < 32 \text{ ซม.}) + 1.408 \times (\text{น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์} < 45 \text{ กก.})$$

เมื่อนำแบบคัดกรองดังกล่าว (คัดกรองโดยใช้ 2 ปัจจัยร่วมกัน : อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ หรือ ความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม.) ไปตรวจสอบประสิทธิภาพกับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย พบว่ามีประสิทธิภาพสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

## Moving together: The best for the most

**ตารางที่ 2** ประสิทธิภาพของแบบคัดกรองที่ได้จากการทำวิจัย (คัดกรองโดยใช้ 2 ปัจจัยร่วมกัน : อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ หรือ ความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม.) เปรียบเทียบกับเมื่อนำแบบคัดกรองไปตรวจสอบ

| ประสิทธิภาพ | แบบคัดกรองที่ได้จากการวิจัย<br>(คัดกรองโดยใช้อายุครรภ์ขณะคลอด < 37<br>สัปดาห์ หรือความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม.)<br>(n = 180) | ตรวจสอบแบบคัดกรองกับ<br>ข้อมูลโรงพยาบาลโพธิสัย<br>(n = 105) |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Sensitivity | 90.0                                                                                                                        | 82.9                                                        |
| Specificity | 63.3                                                                                                                        | 68.6                                                        |
| PPV         | 55.1                                                                                                                        | 56.9                                                        |
| NPV         | 92.7                                                                                                                        | 88.9                                                        |
| Accuracy    | 72.2                                                                                                                        | 73.3                                                        |

## สรุป และข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

ปัจจัยที่มีผลทำให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีเพียง 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ ความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม. และน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ < 45 กก. ได้นำไปใช้สร้างเป็นแบบคัดกรอง 3 แบบ แบบคัดกรองทั้ง 3 แบบนั้น พบว่า การใช้สมการถดถอยพหุโลจิสติกจะมีความแม่นยำสูงที่สุด (ความแม่นยำร้อยละ 83.9) มีความจำเพาะสูง (ความจำเพาะร้อยละ 90.0) แต่มีความไวค่อนข้างต่ำ (ความไวร้อยละ 71.1) จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในการคัดกรอง สำหรับการคัดกรองโดยใช้ 2 ปัจจัยร่วมกัน (อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ หรือความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม.) และการคัดกรองโดยใช้ทั้ง 3 ปัจจัยร่วมกัน (อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ หรือความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม. หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ < 45 กก.) จะมีความไวและค่าการทำนายผลสูง จึงเหมาะที่จะใช้ในการคัดกรอง ซึ่งการคัดกรองโดยใช้ 2 ปัจจัยร่วมกัน (อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ หรือความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม.) จะมีความเหมาะสมกว่า เนื่องจากมีความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำสูงกว่า มีความง่าย และความสะดวกในการใช้งาน เมื่อนำแบบคัดกรองที่ได้ (การคัดกรองโดยใช้ 2 ปัจจัยร่วมกัน: อายุครรภ์ขณะคลอด < 37 สัปดาห์ หรือความสูงของยอดมดลูก < 32 ซม.) ไปตรวจสอบประสิทธิภาพกับข้อมูลของโรงพยาบาลโพธิสัย พบว่ามีประสิทธิภาพสูง โดยมีความไวสูงถึงร้อยละ 82.9 ค่าการทำนายผลสูงถึงร้อยละ 88.9 ทำให้มีความมั่นใจได้ว่า ถ้าอายุครรภ์ขณะคลอด  $\geq 37$  สัปดาห์ และมีความสูงของยอดมดลูก  $\geq 32$  ซม. โอกาสที่ทารกแรกคลอดจะมีน้ำหนัก  $\geq 2,500$  กรัมจะสูงถึงประมาณร้อยละ 89 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงทั้ง 2 ปัจจัยนี้สามารถตรวจพบได้โดยง่าย จึงควรใช้แบบคัดกรองนี้ในการประเมิน และใช้เป็นเกณฑ์ในการรายงานสูติแพทย์ กุมารแพทย์ การจะลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จะต้องส่งเสริมภาวะโภชนาการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ให้น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์  $\geq 45$  กก. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ( $\geq 37$  สัปดาห์) และมีความสูงของยอดมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม

**Moving together: The best for the most****ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน**

ผู้วิจัยมองเห็นปัญหาของทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อย จึงได้พยายามหาวิธีง่ายๆ เพื่อช่วยในการคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย โดยการนำปัจจัยต่างๆ มาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้ทราบว่า การจะลดอัตราทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยให้ได้ผลนั้น จะต้องลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (การคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) และดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนดมีความสูงของมดลูก  $\geq 32$  ซม. โดยเริ่มวัดความสูงของมดลูกตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถ้าได้ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 10 จะต้องได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารจากนักโภชนาการ และทำอัลตราซาวด์เพื่อคะแนน้ำหนักทารก

## Moving together: The best for the most

## การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลชะลอไตเสื่อม

โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม เขตสุขภาพที่ 7

ผู้นำเสนอ นางสาวนิตร์น สิมคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

อำเภอแกดำได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ปี 2557 แต่โรคไตเรื้อรังยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแกดำปี 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 65.35, 82.04 และ 82.46 ผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต 12, 20 และ 24 คน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยล้างไตเสียชีวิต 4 คน เพื่อส่งเสริมพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพและให้ต่อเนื่องจึงได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมชะลอไตเสื่อม

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลชะลอไตเสื่อม

## วิธีการดำเนินงาน

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลชะลอไตเสื่อม มีการพัฒนาศักยภาพชมรมโรคไตเรื้อรัง ครอบคลุมรพ.สต.ทุกแห่ง พัฒนาศักยภาพเยาวชนจิตอาสาในโรงเรียนต้นแบบ (มัธยมศึกษา 2 โรงเรียน) 2 ครั้งในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดประชุมแลกเปลี่ยนเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล 4 ฐาน นำร่องครบทุกรพ.สต. รวม 9 แห่ง 9 ครั้ง มีการนำเสนอสถานการณ์ข้อมูลโรคไตเรื้อรังในพื้นที่คืนสู่ชุมชน มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ โมเดล 4C คือ Class Clamp Clup CoPs และกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน คือฐานที่ 1 ฐานความรู้ ฐานที่ 2 ฐานยา ฐานที่ 3 ฐานอาหาร ฐานที่ 4 ฐานการออกกำลังกายและสุขภาพจิต โดยมีสื่อไวนิล 4 ฐาน ผักพื้นบ้านรอบรั้วกินได้ ตัวอย่างอาหาร ผลิตภัณฑ์ที่มีรสเค็มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเอานวัตกรรมวงกลมสีบอกฉัน ซึ่งใช้เป็นสื่อบอกการแบ่งระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง 5 ระยะคือ ระยะที่ 1 สีเขียว ระยะที่ 2 สีเหลือง ระยะที่ 3 สีชมพู ระยะที่ 4 สีส้ม ระยะที่ 5 สีแดง และนวัตกรรมผู้ป่วยเป็นครู ผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไตและผู้ดูแล คือผู้ป่วยที่ล้างไตฟอกไต เปลี่ยนไต มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้พูดเป็นเรื่องเล่าแรงบันดาลใจบอกเล่าประสบการณ์จริง ประสบการณ์ตรงให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง และปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้น เน้นการลดบริโภคอาหารเค็ม การออกกำลังกาย หลังดำเนินงาน มีการสรุปผล ถอดบทเรียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคไตเรื้อรัง ภาคเครือข่ายประกอบด้วย ผู้นำชุมชนท้องถิ่น อบต. อบท. อสม. พระภิกษุ ครู เยาวชนจิตอาสาในโรงเรียน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล มีการจัดประกวดอาหารโรคไตเรื้อรังโดยชมรมโรคไตเรื้อรัง 9 ชมรมครอบคลุมทุก รพ.สต. ระยะเวลาดำเนินการ เดือน 1 เมษายน 2558 - 30 กันยายน 2559 รวมระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี 5 เดือน

## Moving together: The best for the most

## รูปภาพประกอบ



## ผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษา พบว่า อัตราการกรองของไตค่า  $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73}$  ตารางเมตร ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 (270 คน) คิดเป็นร้อยละ 63.33 ลดระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 23.33 รองลงมา คือ ระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 16.30 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความรู้โรคไตเรื้อรัง ก่อนดำเนินการ มีความรู้ ร้อยละ 42.6 หลังดำเนินการมีความรู้ เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 83.0 ด้านการรับประทานอาหารเสริม ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 รับประทานอาหารเสริม ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 89.6 ( $\bar{x} = 3.11$  S.D = 1.411) หลังดำเนินการ มีการรับประทานอาหารเสริมลดลง ร้อยละ 72.6 ( $\bar{x} = 1.53$  S.D = 1.413) ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีการออกกำลังกายต่อสัปดาห์

## Moving together: The best for the most

ก่อนดำเนินการร้อยละ 68.9 ( $\bar{x}$  =1.01 S.D =.783) หลังดำเนินการผู้ป่วยมีการออกกำลังกายร้อยละ 93.3 ( $\bar{x}$  =1.91 S.D =.915) จากสมมุติฐานการมีความรู้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แสดงว่าเชื่อถือได้ 95% (P=0.05)

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน**

1. นโยบายของผู้บริหารชัดเจน สนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง
2. มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพเกิดขึ้นมีบุคลากรผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไตเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเชื่อมโยงเครือข่ายทุกสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากขึ้น
3. การมีส่วนร่วมและความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล
4. มีการนิเทศติดตามทั้งในคลินิกและเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง (Plan do check action)

**Moving together: The best for the most****การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสู่ความเป็นเลิศ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่าม จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

**ผู้นำเสนอ**      นายสมบูรณ์ แนวนั้น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
                       นายสำราญ ธรรมบุตร  
                       นายสมพงษ์ ธรรมบุตร

**ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา**

ตำบลโคกหล่าม ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ข้อมูลจากวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559 จำนวน 23 คน คิดเป็น 675.67 ต่อแสนประชากร ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งจากโรงพยาบาลแม่ข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกหล่าม จึงได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสู่ความเป็นเลิศขึ้น

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากทีมภาคี เครือข่าย
2. เพื่อให้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการเจ็บปวดทรมานลดลง และพร้อมเผชิญความตายอย่างสงบ
3. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ใช้กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (plan) ขั้นปฏิบัติการ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflect) มาประยุกต์เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ประกอบด้วย 2 วงจร ดังนี้ วงจรที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหา มี 3 ขั้นตอน วงจรที่ 2 จัดกิจกรรมรูปแบบดูแลผู้ป่วย มี 7 ขั้นตอน ศึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.โคกหล่ามทุกคน ที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.อุทุมพรพิสัย รพ.ศรีสะเกษ รพ.สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557-30 กันยายน 2559 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 23 ราย ผู้ดูแลจำนวน 23 ราย โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบประเมินผู้ป่วยตามแนวทาง INHOME-SSS แบบประเมิน PPS2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เครื่องมือดังกล่าว ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของสำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งจะอยู่ในส่วนของข้อคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ดูแลในด้านปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลและข้อมูลจากแบบสังเกตการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

**ผลการศึกษา**

พบว่าเกิดกิจกรรมสำคัญ 10 กิจกรรม คือ

- 1) ศึกษาบริบทสภาพปัญหาวิเคราะห์ข้อมูล
- 2) เตรียมพื้นที่และทบทวนคันทาภาคีเครือข่าย

## Moving together: The best for the most

3) ประชาคมทำแผนระดับตำบล /หมู่บ้านขับเคลื่อนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนพัฒนา  
บทบาทสตรี

- 4) จัดตั้งแกนนำขับเคลื่อนระดับท้องถิ่นชุมชน
- 5) พัฒนาระบบบริการ
- 6) พัฒนาทักษะชีวิต เด็ก ครอบครัวและชุมชน
- 7) พัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องการดูแลผู้ป่วย
- 8) ติดตามนิเทศและประเมินผล
- 9) ถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ
- 10) ขยายพื้นที่ดำเนินการ

โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญและสรุปเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้น คือ “S-T-M KHOK- LAM Model” ดังนี้ S: Situation Sample การคืนข้อมูลสถานการณ์ การใช้ข้อมูลนำการดำเนินงาน T: Thinking การสะท้อนคิดปัญหาหรือสาเหตุ M: Management Main Person การขับเคลื่อนโดยบุคคลในองค์กรท้องถิ่น K: Knowledge องค์ความรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วย H: Heath สุขภาพทั้งทางกายและใจ O: Observe สังเกตการณ์ดำเนินงานในชุมชน K: Keeper ผู้ดูแลการดำเนินงานในชุมชนโดยชุมชน L: Learning and family participation การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในครอบครัว A: Apply การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย M: Management การจัดการโดยทีมเยี่ยมบ้านและชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่าม ได้ดำเนินกิจกรรมเป็นองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบนายอำเภออุทุมพรพิสัย พัฒนาการอำเภอ แพทย์ พยาบาลชุมชน เภสัชกร นักกายภาพ จากโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่าม ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัวและชุมชนอย่างมีระบบ โดยปฏิบัติในช่วงระหว่าง เวลา 13.00-16.00 น. ของสัปดาห์ วันพุธและศุกร์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เกิดศูนย์ประสานงานระงับปวด ได้รับยาระงับความปวด ร้อยละ 100 ได้รับ O<sub>2</sub> จำนวน 23 ราย ร้อยละ 100 เกิดศูนย์ประสานการส่งต่อ Basic Life Support, (BLS) ในชุมชนลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ร้อยละ 100 ญาติ และผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ร้อยละ 95.65 เกิดกิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 30 รายจากการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในชุมชน

## สรุป

การดำเนินงานที่ต่อเนื่อง การวางแผนงานร่วมกันภาคีเครือข่ายทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักวิชาชีพ เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและสามารถปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนทุกกลุ่มโรคปรับใช้ตามความเหมาะสมของพื้นที่และความจำเป็น

## Moving together: The best for the most

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน stroke fast track และภาคีเครือข่ายใน จ.ลำพูน  
โรงพยาบาลลำพูน เขตสุขภาพที่ 1

ผู้นำเสนอ แพทย์หญิงตุลาพร อินทนิเวศน์

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ 5 มีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 411 เตียง ให้การดูแลประชากรทั้งหมดใน 8 อำเภอ ซึ่งแต่เดิมผู้ป่วยในกรณีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน (Stroke fast track) ทุกราย ต้องถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด จนกระทั่งได้เริ่มการก่อตั้งหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) และได้มีการเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดสมอง (rTPA) ตั้งแต่ 7 มิถุนายน 2557 เป็นต้นมา จึงได้มีการพัฒนาระบบการจัดการด้านกระบวนการภายในของโรงพยาบาลลำพูน และตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา ทางทีมได้ทำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเองทั้งหมด ส่งผลให้ไม่มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและติดตามประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Service Plan Stroke) ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2559 รวมระยะเวลา 2 ปี เพื่อค้นหาถึงความล่าช้าในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย โดยใช้การประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานของ American Heart Association (AHA) ถึงการกำหนดเวลาในแต่ละขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในสภาวะฉุกเฉิน และใช้ผลลัพธ์ที่ได้เป็นแนวทางแก้ไขและพัฒนาในขั้นตอนที่ล่าช้านั้น ได้มีการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดสมองและเข้าพักในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 55 ราย พบว่าผลลัพธ์ในปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยที่ได้รับยา rTPA อาการดีขึ้น (mRS 0-3 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 72 ซึ่งมีขั้นตอนของการรอผล PT PTT INR CBC ที่ล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ไม่ควรเกิน 45 นาที ซึ่งทำได้ 54.3 นาที (P-Value = 0.001) และขั้นตอนของการรายงานผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ไม่ควรเกิน 30 นาที ซึ่งทำได้ 34.9 นาที (P-Value = 0.026) ทางผู้ดูแลได้จัดการแก้ไขในส่วนขั้นตอนที่ล่าช้าดังกล่าว โดยการจัดหาเครื่อง PT PTT INR ประจำ ณ ห้องฉุกเฉินให้ตรวจได้รวดเร็วทันทีและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชัน แจ้งผลเอ็กซเรย์สมองทันที ในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในห้องเอ็กซเรย์ หลังจากนั้นจึงได้มีการวัดผลสัมฤทธิ์ใหม่ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยา rTPA มีอาการดีขึ้น (mRS 0-3 คะแนน) เพิ่มขึ้นจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 84 โดยที่ไม่มีอัตราเสียชีวิตรายน้อยกว่าร้อยละ 7 ตลอดทั้ง 2 ปี อันเป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดของระดับเขตสุขภาพ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปในปี 60

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อศึกษาว่ามีกระบวนการในขั้นตอนใดที่ทำให้ระยะเวลาการได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้ากว่าเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ (Door to needle time มากกว่า 60 นาที)

## Moving together: The best for the most

3. เพื่อเป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ของการก่อตั้งหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) และการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (rTPA)

## ผลการดำเนินงาน

| ลำดับ | รายการข้อมูล                                      | ปี57 | ปี58 | ปี59 | ปี60(ครึ่งปี) |
|-------|---------------------------------------------------|------|------|------|---------------|
| 1     | จำนวนผู้ป่วยรวม(คน)                               | 300  | 453  | 482  | 246           |
|       | เส้นเลือดสมองตีบ ischemic stroke                  | 224  | 343  | 371  | 204           |
|       | เส้นเลือดสมองแตก hemorrhagic stroke               | 76   | 110  | 111  | 42            |
| 2     | อัตราผู้ป่วยในระบบ fast track <3 ชม (ร้อยละ)      | 13.6 | 22.5 | 24.8 | 30.9          |
| 3     | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rTPA (คน)                 | 5    | 22   | 33   | 25            |
| 4     | จำนวนผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังได้ยารTPA (คน)         | 3    | 15   | 28   | 22            |
| 5     | จำนวนผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหลังได้ยารTPA (คน)      | 1    | 7    | 5    | 3             |
| 6     | อัตราผู้ป่วยอาการดีขึ้น(รวม)เมื่อจำหน่าย (ร้อยละ) | 36.3 | 69.8 | 76.9 | 80.1          |
| 7     | จำนวนผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองหลังได้ยารTPA (คน) | 2    | 4    | 6    | 3             |
| 8     | อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ร้อยละ)            | 7.3  | 9.8  | 9    | 8.7           |
| 9     | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่ง home care (ร้อยละ)    | 36.6 | 75.9 | 79.2 | 80            |

## ความสำเร็จที่ได้รับจากการดำเนินงาน

| ลำดับ | รายการข้อมูล                    | ปี 2557                    | ในปัจจุบัน                        |
|-------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1     | อัตราการส่งต่อ                  | ทุกราย ที่ เข้า fast track | ร้อยละ 0                          |
| 2     | ค่าใช้จ่ายและค่าเสียเวลาบุคลากร | มาก                        | น้อยลง                            |
| 3     | คุณภาพชีวิต                     | เกิดทุพพลภาพ จากความล่าช้า | คุณภาพชีวิตดีขึ้น                 |
| 4     | ภาระต่อครอบครัวและสังคม         | เกิดทุพพลภาพ จากความล่าช้า | ลดภาระต่อสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ |
| 5     | เครือข่าย                       | ขาดความรู้ ล่าช้า          | เข้มแข็ง มีความรู้                |
| 6     | อัตราการเสียชีวิต               | ร้อยละ 18.34               | ร้อยละ 6.02                       |



## Moving together: The best for the most

## การจัดการคลินิกไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดหนองคาย

โรงพยาบาลหนองคาย เขตสุขภาพที่ 8

ผู้นำเสนอ      นางมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์  
                       นางวันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท์

## ประเด็นปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา

โรงพยาบาลหนองคาย มีบทบาทเป็นแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดหนองคาย รวมถึงประเทศเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยโรคไตมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เฉลี่ยปีละประมาณมากกว่าร้อยละ 20 ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ต้องมีการะในการเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อฟอกเลือดเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องต้องมีผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายค่าน้ำยาล้างไต ทำให้เกิดภาระทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาของกองทุนสุขภาพ รวมทั้งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ในด้านการเงินและเวลาที่สูญเสียไป โรงพยาบาลหนองคายในฐานะแม่ข่ายในจังหวัด และยังเป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักของงาน Service plan สาขาไตเขตสุขภาพที่ 8 โดยคณะกรรมการไตจังหวัดหนองคายจึง ได้ออกแบบการจัดตั้งคลินิกโรคไต รวมทั้งกิจกรรมต่างๆในคลินิก เพื่อนำไปดำเนินการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยโรคไต เพื่อให้การชะลอไตเสื่อมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการจัดบริการ “คลินิกโรคไตเรื้อรัง” (Chronic Kidney Disease Clinic: CKD clinic) ในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดหนองคายทุกแห่ง และสามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## วิธีดำเนินงาน

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษารูปแบบ Action research ใช้แนวคิด P-D-C-A เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยศึกษาผลของการพัฒนาคลินิกโรคไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดหนองคาย แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2559 ใช้สถิติบรรยาย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) กำหนดรูปแบบการจัดการ CKD clinic ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแต่ละระดับมีบทบาทที่แตกต่างกัน ทั้ง 3 ระดับจะมีการดูแลผู้ป่วย มีการส่งต่อ มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ มีการติดตามเยี่ยมและประเมินผลตามองค์ประกอบที่กำหนด โดยให้ความสำคัญที่พยาบาลประจำคลินิก (CKD manager) เป็นผู้จัดการทั้งหมด ประสานกับสหวิชาชีพ และติดตามผู้ป่วย หากแพทย์มีการหมุนเวียนบ่อยแต่มีพยาบาลมีการจัดการต่อเนื่องได้ช่วงรอยต่อก็จะเป็นผลดีกับผู้ป่วย

2) สร้างเกณฑ์เพื่อใช้ในการประเมินผล เรียกว่าเกณฑ์ “CKD clinic คุณภาพ” โดยต้องผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 80 เพื่อให้โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อพัฒนาและคณะกรรมการใช้ประเมิน

3) การเตรียมคนและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ สหวิชาชีพ มีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ และนักกายภาพบำบัด พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพมีความรู้และความมั่นใจในการให้การดูแลเฉพาะแก่ผู้ป่วยโรคไต

## Moving together: The best for the most

4) มีระบบพี่เลี้ยง โรงพยาบาลหนองคายและทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นพี่เลี้ยงช่วยดูแล โรงพยาบาลชุมชน และรพ.สต

5) การติดตามผลปีละ 2 ครั้ง

6) จัดทำสื่อที่ใช้ด้วยกันได้ทั้งจังหวัด (และทั้งเขตสุขภาพ) เพื่อให้ความรู้ครบทุกเรื่องที่คุณป่วยควรรู้

7) สนับสนุนให้มีการตรวจวัด Creatinine (ค่าของเสียของไต) ด้วยวิธี enzymatic method และนำค่า creatinine ที่ได้มาคำนวณหาค่า eGFR ด้วยสูตรคำนวณ EPI ใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

8) พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เครือข่ายบุคลากร ภาคประชาชน จิตอาสาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## ผลการดำเนินงาน

จากผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 4 cc/1.72 m<sup>2</sup>/min เป็นร้อยละ 60.27 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตกำหนดนั้นหมายถึงมีการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถชะลอไตเสื่อมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 มีการจัดบริการ CKD clinic ครอบคลุมโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย (โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป) และผ่านเกณฑ์การประเมินทุกแห่ง (ร้อยละ 100) มีทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ในเครือข่าย ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการนำรูปแบบไปดำเนินการทุกแห่ง นอกจากนั้นยังมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อม ที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดมีระบบฐานข้อมูลโดยเฉพาะโรงพยาบาลหนองคายมีการพัฒนาให้สามารถจัดเก็บและติดตามผู้ป่วยรายบุคคลได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลการดำเนินงานการพัฒนาเครือข่ายคลินิกโรคไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดหนองคาย

|                                                             | ระยะที่ 1 | ระยะที่ 2 | ระยะที่ 3                |
|-------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้ง CKD clinic                   |           |           |                          |
| ระดับ S (รพ.หนองคาย)                                        | 1(100)    | 1(100)    | 1(100)                   |
| ระดับ M2 (ท่าบ่อ, โพนพิสัย)                                 | 0         | 2(100)    | 2(100)                   |
| ระดับ F2 (ศรีเชียงใหม่, สังคม)                              | 0         | 2(100)    | 2(100)                   |
| ระดับ F3 (สระใคร, ฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพธิ์ตาก)               | 0         | 4(100)    | 4(100)                   |
| จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล                            | -         | 37(50)    | 74(100)                  |
| ผ่านเกณฑ์ประเมินCKD คุณภาพร้อยละ80 ขึ้นไป                   | S         | S1,M2     | S1,M2<br>F2,F3<br>9(100) |
| ค่าอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /ปี>50% | 81.24*    | 58.5      | 60.27                    |
| ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่                                 | 33.5      | 33.3      | 27.3                     |

\* เฉพาะโรงพยาบาลหนองคาย

## Moving together: The best for the most

### การนำผลไปใช้

CKD clinic model นี้สามารถนำไปใช้ในการจัดบริการ CKD clinic ได้จริงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี เป็น Model ที่ใช้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 พัฒนาการทำงานเป็นทีม เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไตในจังหวัดหนองคาย มีรูปแบบการทำงานและมีแนวทางเดียวกันในการทำงาน ผู้บริหารเห็นผลลัพธ์ของการทำงาน ทำให้ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดีผลักดันให้มีระบบการตรวจค่า Cr ด้วยวิธี Enzymetic method

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตของผู้บริหาร และการให้ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทำให้เกิดเครือข่ายและเป็น model ในเขตสุขภาพที่ 8 ทีมงานมีความเข้มแข็ง คิณวัตรกรรมช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น ช่องทางการสื่อสารและการส่งต่อของเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

บุคลากรผู้ดูแลคลินิกมีการเปลี่ยนคนบ่อย โดยเฉพาะระดับรพ.ชุมชน ทั้งแพทย์และพยาบาล



Download ເອກສານໃນຮູບແບບ PDF File